

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt

**„Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter  
Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines  
individuellen Bedarfs an Leistungen„**

im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung  
– Sozialgesetzbuch IX –  
Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

A. Kleffmann, Ch. Rexrodt  
F. Luschei, K. Wrogemann, P. Eckerstorfer, M. Hofbauer

IMBA Consulting GmbH, 30.06.2004, BMGS Nr: F 320

## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung .....	1
2	Kurzfassung .....	2
3	Einleitung .....	14
4	Fragestellungen und Ziele der Untersuchung .....	15
5	Durchführung der Untersuchung .....	19
5.1	Untersuchungsmethoden, Erhebungsinstrumentarien, Zeitraum der Untersuchung .....	19
5.2	Beschreibung der quantitativen Stichproben .....	20
5.2.1	Arbeitgeber .....	20
5.2.2	Arbeitnehmer .....	25
5.2.3	Betriebsärzte .....	27
5.2.4	Hausärzte und Orthopäden .....	29
5.3	Beschreibung der Stichproben zur Durchführung der vertiefenden Befragung .....	30
5.3.1	Personalverantwortliche aus der Betriebsbefragung (Arbeitgeber-Stichprobe) .....	30
5.3.2	Mitarbeiter aus der Mitarbeiterbefragung .....	31
5.3.3	Betriebsärzte aus der Betriebsarztbefragung .....	32
5.3.4	Niedergelassene Ärzte .....	33
5.3.5	Personen aus anderen Quellen .....	33
5.4	Beschreibung der Stichprobe zur Durchführung der qualitativen Interviews .....	34
6	Ergebnisse .....	35
6.1	Ergebnisse aus den quantitativen Untersuchungen .....	35
6.1.1	Wie kann man Vernetzung beschreiben und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar? .....	35
6.1.2	Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden? .....	49
6.1.3	Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf? .....	57
6.1.4	Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen? .....	66
6.1.5	Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen? .....	73
6.1.6	Fördernde und hemmende Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive) .....	80
6.1.7	Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen? .....	86
6.2	Ergebnisse der vertiefenden Befragung der verschiedenen Zielgruppen .....	96
6.2.1	Mitarbeiter aus der Mitarbeiterbefragung .....	96
6.2.2	Personalverantwortliche aus der Betriebsbefragung .....	104
6.2.3	Betriebsärzte aus der Betriebsarztbefragung .....	108
6.2.4	Personen aus anderen Quellen .....	116
6.3	Ergebnisse aus den qualitativen Interviews .....	126
6.3.1	Datenlage .....	128
6.3.2	Bereitschaft und Motivation .....	140
6.3.3	Formen der Zusammenarbeit .....	150
6.3.4	Arbeitnehmerperspektive .....	168
7	Handlungsempfehlungen .....	172
7.1	Einleitung .....	172
7.2	Zielführende Erwartungen und Wünsche von Experten als Basis für Handlungsempfehlungen .....	173
7.2.1	Der Arbeitgeber als Netzwerkpartner .....	174
7.2.2	Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner .....	174
7.2.3	Der niedergelassene Arzt als Netzwerkpartner .....	175
7.2.4	Andere Akteure als Netzwerkpartner .....	175

7.2.5 Anforderungen seitens der Netzwerkakteure an die Arbeitnehmer.....	175
<b>7.3 Empfehlungen des Auftragnehmers.....</b>	<b>176</b>
7.3.1 Der Betrieb als Netzwerkpartner .....	177
7.3.2 Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner .....	180
7.3.3 Der Hausarzt als Netzwerkpartner .....	182
7.3.4 Der niedergelassene Facharzt als Netzwerkpartner .....	184
7.3.5 Sonstige als Netzwerkpartner .....	185
7.3.6 Datenschutz .....	185
7.3.7 Unterstützende Initiativen und Kampagnen.....	186
7.3.8 Forschungsbedarf, Evaluation und Qualitätskontrolle – zukunftsweisende Anregungen.....	187
<b>8 Literatur .....</b>	<b>189</b>
<b>9 Anhang .....</b>	<b>208</b>

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Differenzierung betriebsärztlicher Betreuung der untersuchten Betriebe und Mitarbeiter .....	6
Tabelle 2:	Anzahl der Betriebe in unterschiedlichen Größenklassen.....	22
Tabelle 3:	Interviewpartner und deren Funktion im Betrieb/der Arbeitsstätte.....	23
Tabelle 4:	Anzahl der befragten Betriebe/Arbeitsstätten je Branche und Größenklasse.....	24
Tabelle 5:	Anzahl der befragten Mitarbeiter je Branche .....	26
Tabelle 6:	Repräsentativität der Arbeitnehmerstichprobe nach Branchen .....	27
Tabelle 7:	Betriebsarztbefragung: Die am häufigsten vorkommende Beschäftigtenzahl.....	28
Tabelle 8:	Ort der Praxis der praktischen Ärzte bzw. Orthopäden.....	30
Tabelle 9:	Realisierte vertiefende Befragungen von Personalverantwortlichen .....	31
Tabelle 10:	Realisierte vertiefende Befragungen von Mitarbeitern .....	31
Tabelle 11:	Realisierte vertiefende Befragungen von Personen aus anderen Quellen.....	34
Tabelle 12:	Anzahl der qualitativen Interviews .....	34
Tabelle 13:	Weitere Mitglieder der betrieblichen Netzwerke aus der Betriebsbefragung .....	36
Tabelle 14:	Zusammenhang zwischen Netzwerkmitgliedschaft und Größenklassenzugehörigkeit.....	37
Tabelle 15:	Kontakte zu potenziellen Netzwerkpartnern .....	38
Tabelle 16:	Anzahl der Kontaktpartner der Betriebe.....	39
Tabelle 17:	Mitarbeiterbefragung: Mitglieder im formalen Netzwerk.....	40
Tabelle 18:	Betriebsarztbefragung: Mitglieder des betrieblichen Netzwerkes.....	43
Tabelle 19:	Betriebsarztbefragung: Zusammenhang zwischen Netzwerkmitgliedschaft und Dauer der Berufstätigkeit als Betriebsarzt .....	44
Tabelle 20:	Kenntnis und Zugehörigkeit zu einem Netzwerk (alle Befragtengruppen).....	48
Tabelle 21:	Quoten der Netzwerkmitgliedschaft der anderen Akteure.....	49
Tabelle 22:	Überblick über die betriebsärztliche Betreuung in den Betrieben.....	50
Tabelle 23:	Art der betriebsärztlichen Betreuung in den Betrieben.....	51
Tabelle 24:	Anwesenheit des Betriebsarztes im Betrieb .....	52
Tabelle 25:	Differenzierung betriebsärztlicher Betreuung der untersuchten Betriebe und Mitarbeiter .....	53
Tabelle 26:	Hochrechnung der betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und Mitarbeitern in Deutschland.....	54
Tabelle 27:	Häufigkeit der betriebsärztlichen Betreuung (Mitarbeiterbefragung) .....	55
Tabelle 28:	Branchen mit relativ häufiger und relativ seltener betriebsärztlicher Betreuung ...	55
Tabelle 29:	Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der individuellen Krankheitsprävention und der Vernetzung.....	56
Tabelle 30:	Zusammenhang zwischen Belastungshöhen und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk .....	59
Tabelle 31:	Zusammenhang zwischen Belastungshöhen und der Anzahl der Kontaktpartner.....	60
Tabelle 32:	Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Belastungen und Vernetzung.....	63

Tabelle 33:	Instrumentarien zur Erfassung von Signalen eines drohenden Handlungsbedarfs .....	67
Tabelle 34:	Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk .....	68
Tabelle 35:	Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Anzahl der Kontaktpartner.....	68
Tabelle 36:	Mitarbeiterbefragung: Instrumentarien zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs .....	70
Tabelle 37:	Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk .....	71
Tabelle 38:	Betriebsarztbefragung: Instrumentarien zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs .....	72
Tabelle 39:	Häufigkeit der Gespräche darüber, dass die Krankheiten mit der Arbeitstätigkeit in Verbindung stehen könnten.....	73
Tabelle 40:	Kontakte zwischen Haus- und Betriebsärzten .....	74
Tabelle 41:	Präventive Angebote von Hausärzten bzw. Orthopäden .....	75
Tabelle 42:	Betriebsarztbefragung: Kontakte zu Hausärzten .....	76
Tabelle 43:	Betriebsarztbefragung: Kontakte zu Orthopäden.....	76
Tabelle 44:	Betriebsarztbefragung: Vorteile für den Patienten nach Hausarztkontakten .....	77
Tabelle 45:	Betriebsarztbefragung: Vorteile für den Patienten nach Orthopädenkontakten....	77
Tabelle 46:	Rückmeldungen von Hausärzten auf entsprechende Anfragen durch die Betriebsärzte .....	78
Tabelle 47:	Betriebsbefragung: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge.....	87
Tabelle 48:	Kontakte und Schweigepflicht .....	89
Tabelle 49:	Mitarbeiterbefragung: Entbindung von der Schweigepflicht .....	91
Tabelle 50:	Betriebsarztbefragung: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge.....	93
Tabelle 51:	Befragung der niedergel. Ärzte: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge .....	94
Tabelle 52:	Hemmende und förderliche Faktoren einer Vernetzung sowie Erfordernisse zur Netzwerkbildung.....	164

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Mitarbeiterbefragung: Kontaktpfade in den verg. zwölf Monaten (N=1000).....	42
Abbildung 2: Betriebsarztbefragung: Kontaktpfade (N=552) .....	47
Abbildung 3: Befragung der niedergelassenen Ärzte (N=153).....	48
Abbildung 4: Häufigkeit der krankheitsbedingten Fehltage (in Wochen).....	62
Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Krankheitsindikatoren und Vernetzung.....	63
Abbildung 6: Betriebsbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen.....	81
Abbildung 7: Mitarbeiterbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen.....	83
Abbildung 8: Betriebsarztbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen.....	85
Abbildung 9: Akteure.....	127

## Verzeichnis des Anhangs

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis .....	209
Anhang 2: Im Anhang 1 des Angebots formulierten Fragestellungen („Fragen des Ministeriums“)......	210
Anhang 3: Interviewleitfaden für die qualitativen Befragungen.....	212
Anhang 4: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Personalverantwortlichen in den Betrieben.....	214
Anhang 5: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Mitarbeiter.....	229
Anhang 6: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der niedergelassenen Ärzte .....	241
Anhang 7: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Betriebsärzte .....	253
Anhang 8: Mitarbeiterbefragung: Häufigkeiten der krankheitsbedingten Fehltage in Wochen.....	265
Anhang 9: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Erkrankungsindikatoren und Vernetzung.....	266
Anhang 10: Betriebsarztbefragung: Mittelwertsunterschiede bei den Instrumentarien zur frühzeitigen Erkennung eines drohenden Handlungsbedarfs.....	268

## 1 Zusammenfassung

Das rechtzeitige Erkennen gesundheitlicher Probleme bei Beschäftigten sowie ein unmittelbares Einleiten von Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit würde sich sowohl für die Beschäftigten als auch betriebs- und volkswirtschaftlich rechnen. Das bedingt allerdings ein Netzwerk, in dem alle beteiligten Akteure miteinander konstruktiv interagieren. Die Haus- und Betriebsärzte stellen hier einen Hauptknotenpunkt dar, verfügen sie doch in der Regel über das meiste Wissen zum Gesundheitszustand bzw. in Hinblick auf die betrieblichen Arbeitsbedingungen.

Im Rahmen der Projektfragestellungen sollte geklärt werden, wie der aktuelle Stand der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen aller relevanten Akteure eingeschätzt wird. Dies beinhaltet auch die Identifikation von hemmenden und fördernden Faktoren für eine Netzwerkbildung. Letztendlich galt es Handlungsempfehlungen zu formulieren, deren Umsetzung zu einer geeigneten Vernetzung von betriebsärztlichen und ambulanten Strukturen zwecks frühzeitiger Erkennung eines individuellen Bedarfs für Leistungen führt.

Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein Multi-Methoden- und Multi-Perspektiven-Ansatz verwendet. Als Erhebungsmethoden dienten sekundärstatistische Analysen, repräsentative Stichproben mittels standardisierter Erhebungsinstrumentarien, qualitative Interviews sowie abschließend ein Expertenworkshop. Die quantitativen Stichproben wurden in Zusammenarbeit mit Infratest generiert.

Die Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung werden anhand von relevanten Leitfragen dargestellt, die strukturell angelegt sind und insbesondere den Status quo der Vernetzung abbilden. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dienen zur Vertiefung der erstgenannten Untersuchung und bilden die Sichtweisen einzelner Akteure ab, die zielgruppenspezifisch zusammengefasst sind.

Die Handlungsempfehlungen basieren zum einen auf den erhobenen Daten, zum anderen auf Aussagen von Experten im Rahmen des Workshops, die diese Daten mit dem Focus auf die Handlungsempfehlungen diskutierten und bewerteten. Die Handlungsempfehlungen sind auf die Ebenen Gesetzgebung, Verbände und „Akteure vor Ort“ ausgerichtet, beziehen sich auf Hausarzt, Facharzt, Betriebsarzt und Betriebe und thematisieren die Rollen weiterer Netzwerkpartner, den Datenschutz sowie unterstützende Initiativen und Kampagnen.

## **2 Kurzfassung**

Die frühzeitige Intervention bei Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen oder Risiken, die das Arbeitsverhältnis bzw. die Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz in Frage stellen, findet in Deutschland derzeit in einem nicht ausreichenden Maße statt. In der Regel herrscht das Motto „Arbeiten bis es nicht mehr geht“. Am Ende steht häufig die Arbeitsunfähigkeit mit schwerwiegenden, mitunter chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Bei rechtzeitiger Einleitung von Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hätte in vielen Fällen dieser Zustand vermieden werden können. Eine Grundvoraussetzung für frühzeitige und vor allem rechtzeitige Intervention ist das Vorhandensein eines geeigneten Systems zur Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Um ein solches System zu ermöglichen, bedarf es Strukturen der Kommunikation, die einen reibungslosen Informationsfluss ermöglichen. In diesen Strukturen kommt insbesondere Haus- und Betriebsärzten besondere Bedeutung zu. Sie stehen mit dem betroffenen behinderten oder von chronischer Erkrankung und Behinderung bedrohten Menschen in unmittelbarem Kontakt und stellen mit ihm die Hauptknotenpunkte in einem Netzwerk dar, welches Beschäftigte und deren Vertreter, Arbeitgeber, Betriebs-, Haus- und Fachärzte sowie Träger und Verbände mit dem Ziel zusammenbringt, drohenden Erkrankungen und Behinderungen möglichst frühzeitig entgegenzuwirken.

### **Fragestellungen und Ziele der Untersuchung**

Im Rahmen der Fragestellungen zum Projekt sollte v. a. geklärt werden, wie der aktuelle Stand der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen eingeschätzt werden kann. Die Kenntnis über die fördernden und hemmenden Faktoren für Vernetzung sollte dann aufzeigen, durch welche Maßnahmen Vernetzung gestärkt werden kann, wodurch dann eine positive Beeinflussung der Auswirkungen von Vernetzung möglich wäre.

Die Vielzahl dieser Fragen wurde sachlogisch geclustert und den folgenden sieben Hauptfragestellungen zugeordnet.

1. Wie kann Vernetzung beschrieben werden und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?
2. Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden?
3. Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?



4. Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?
5. Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen?
6. Welche fördernden und hemmenden Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive) sind identifizierbar?
7. Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?

Für die Beschreibung des aktuellen Standes der Vernetzung und die Generierung von Vernetzungsmodellen („models of good practice“) sollten dabei möglichst repräsentative Aussagen für Deutschland gewonnen werden. Hierzu wurden entsprechende quantitative Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus galt es, einzelne Vernetzungsstrukturen möglichst genau und detailliert zu beschreiben („examples of good practice“), was mit vertiefenden Befragungen und qualitativen Interviews erreicht wurde.

### **Durchführung der Untersuchung**

Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein Multi-Methoden- und Multi-Perspektiven-Ansatz verwendet. Das Spektrum der Methoden reichte von sekundärstatistischen Datenanalysen (z. B. über die Betriebsstätten in Deutschland) über qualitative Analysen (z. B. gering strukturierte Interviews) bis zur Befragung mehrerer repräsentativer Stichproben mittels standardisierter Erhebungsinstrumentarien.

Die quantitativen Untersuchungen wurden mit standardisierten Erhebungsinstrumentarien an repräsentativen Stichproben durchgeführt. Die für Deutschland repräsentativen Stichproben konnten durch die Zusammenarbeit mit TNS INFRATEST für eine Betriebsbefragung (N=650), Arbeitnehmerbefragung (N=1000) und die Befragung von niedergelassenen Ärzten (N=153; Hausärzte und Orthopäden) generiert werden. Für die Befragung von Betriebsärzten wurde eine annähernde Zufallsstichprobe (N=552) aus den Mitgliedern des Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gezogen.

Anschließend an die quantitativen Untersuchungen wurden vertiefende Befragungen (N=23) v. a. mit einem Teil der Untersuchungsteilnehmer durchgeführt. Hierbei galt es, aus den Daten beobachtete oder vermutete Vernetzungsmodelle möglichst genau zu beschreiben.

Darüber hinaus wurden qualitative Interviews (N=58) mit relevanten Akteuren aus dem Spektrum der SGB IX-Träger, Leistungserbringer, Berufs- und Standesvertreter, For-

schungsinstitute und Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen sowie weiteren Personalverantwortlichen aus Betrieben durchgeführt. Hiermit sollten v. a. auch bislang nicht berücksichtigte Perspektiven thematisiert und die Interviewergebnisse in die Beantwortung der Fragestellungen integriert werden.

Die quantitativen und qualitativen Untersuchungen wurden im Zeitraum vom September 2003 bis Mai 2004 durchgeführt.

### **zu 1. Wie kann Vernetzung beschrieben werden und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?**

Vor der Beschreibung der Vernetzung war zunächst einmal festzustellen, wie häufig die vier Befragungsgruppen von bestehenden Netzwerken berichten. Die empirischen Ergebnisse hierzu zeigen, dass Vernetzung ein eher „seltenes Ereignis“ ist. Von den 650 Personalverantwortlichen geben lediglich 1,7% an, dass ihr Betrieb einem „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ angehört. Von den 1000 befragten Mitarbeitern sind es 31 (3,1%). Noch geringer sind die Quoten bei den niedergelassenen Ärzten (2,6%; 4 von 153). Die Betriebsärzte berichten mit 18,8% am häufigsten von bestehenden Netzwerken.

Zur Beschreibung der Netzwerke wurde danach gefragt, wer sonst noch zu den genannten Netzwerken gehört. Die Analyse der zusammengefassten Antworten kann darüber hinaus die hohen Netzwerkquoten der Betriebsärzte erklären: Wenn es ein Netzwerk gibt, dann sind Betriebsärzte (73%), Vertreter der Berufsgenossenschaften (74%) und der Krankenkassen (84%), andere Akteure des betrieblichen Gesundheitsschutzes (79%) und der Betriebsrat (90%) auch häufig Mitglied in diesem Netzwerk. Hausärzte (24%), Orthopäden (28%) und Vertreter der örtlichen Servicestellen (23%) spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Unabhängig von der formalen Netzwerkzugehörigkeit wurden die Betriebe danach gefragt, zu welchen - in unserem Zusammenhang wichtigen - Akteuren sie Kontakte haben. Diese Kontakte könnten einerseits dazu genutzt werden, die Anzahl von Netzwerken zu erhöhen und andererseits könnte ein bereits jetzt „bewährter“ Kontaktpartner ggf. auch Kristallisationspunkt für ein Netzwerk sein. Die Zahlen sind jedoch ernüchternd: Weniger als 10% der Betriebe geben Kontakte zu Krankenversicherungsträgern (8%) und Hausärzten (7,4%) an. Selbst Kontakte zu Orthopäden der Mitarbeiter (5,2%) werden häufiger genannt als Kontakte zu Kammern/Innungen (2,6%).

Die wichtigste Rolle zum Aufbau eines Netzwerkes scheinen somit noch die Betriebsärzte einnehmen zu können, da zu diesen noch am häufigsten Kontakte bestehen (47,4% aller Betriebe geben diese an).

Allerdings kann aus bestehenden Kontakten jedoch noch nicht geschlossen werden, dass diese dann auch dazu geeignet sind, einen individuell drohenden Handlungsbedarf bereits frühzeitig zu erkennen. Dann müsste die Anzahl von Kontakten relativ groß sein. Diese Kontakthäufigkeiten wurden zwischen den vier Befragtengruppen untersucht. Nur 1,3% der Mitarbeiter berichten beispielsweise davon, dass ihr Hausarzt mit ihrem Betriebsarzt über den möglichen Zusammenhang ihrer Erkrankung mit der Arbeitstätigkeit gesprochen hätte.

### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Von Gesundheitsnetzwerken sprechen Betriebe, die ein Gesundheitsmanagement, geleitet von einem Betriebsarzt, haben. In zwei Betrieben ist es der Schwerbehindertenvertreter, der ein internes und externes Gesundheitsnetzwerk aufgebaut hat. Neben dem Betriebsarzt und der Schwerbehindertenvertretung sind an den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Vorgesetzten, die Personalentwicklung (Personalabteilung), die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsrat, die Sozialberatung (Personalabteilung, Sozialarbeiter), das Integrationsamt sowie externe Ärzte beteiligt. Darüber hinaus gibt es eine Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung (zuständige Berufsgenossenschaften, regionale Krankenkassen/Betriebskrankenkassen, regionale LVA). Diese sind u. a. an der Umsetzung spezieller Projekte beteiligt.

Der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements setzt die Bereitschaft der Unternehmensführung voraus. Die Verantwortlichkeit im Betrieb obliegt der Führungsebene. Im Unternehmensleitbild werden die Gesundheit der Mitarbeiter, die Prävention und Rehabilitation sowie die Integration von leistungsgewandelten und behinderten Mitarbeitern als Unternehmensziel formuliert. Darüber hinaus werden Schritte zur Erreichung dieser Ziele definiert und entsprechend organisiert. Die notwendigen strukturellen Voraussetzungen innerhalb des Unternehmens werden geschaffen. Die Integration behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen ist Bestandteil der Personalentwicklung. Die Unternehmensführung benennt Verantwortliche und macht diese den Mitarbeitern mit den jeweiligen Aufgaben bekannt. Für die Umsetzung der definierten Ziele gibt es ein eigenes Budget sowie verbindliche schriftliche Vereinbarungen.

Auch ohne vernetzt zu sein, finden sich in vielen Betrieben Strukturen, die durch eine gezielte Anwendung einzelner Maßnahmen und Instrumente die Früherkennung von Krankheiten ermöglichen. Festgelegte Ansprechpartner kooperieren hierzu mit dem Hausarzt.

## zu 2. Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden

Weil die Betriebsärzte eine besondere Rolle in Netzwerken und für die betriebsnahe Betreuung von Mitarbeitern einnehmen, wurden die Personalverantwortlichen gefragt, ob ihr Betrieb eine betriebsärztliche Betreuung aufweist und in welchen zeitlichen Abständen der Betriebsarzt im Betrieb ist. Wenngleich dies auch aus den Vorgaben zu den Betreuungszeiten theoretisch ableitbar wäre, sind uns keine Untersuchungen bekannt, bei denen dies einmal repräsentativ erfragt worden wäre. Die Daten zeigen, wie lückenhaft die Versorgung v. a. in kleineren und mittleren Betrieben eingeschätzt werden muss. Gerade diesen Betrieben steht (nicht nur) das Vernetzungspotenzial eines Betriebsarztes systematisch nur sehr eingeschränkt zur Verfügung.

**Tabelle 1: Differenzierung betriebsärztlicher Betreuung der untersuchten Betriebe und Mitarbeiter**

	Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)		
	1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (> 500)
Betriebe mit zumindest monatlicher Betreuung	1,50%	9,14%	74,00%
Betriebe, die eine vierteljährliche oder halbj. Betreuung haben	6,02%	45,18%	16,00%
Betriebe mit einer jährlichen oder selteneren Betreuung	19,30%	23,35%	4,00%
Betriebe ohne Betreuung	73,18%	22,34%	6,00%

Wird Mitarbeitern eine äquivalente Frage gestellt, berichtet nur jeder Vierte (23%), dass der Betriebsarzt einmal im Monat oder häufiger im Betrieb ist. 36,5% geben an, dass es in ihrem Betrieb gar keine Betreuung gibt.

### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Innerhalb der vorgeschriebenen Einsatzzeiten bleibt den befragten Betriebsärzten, die nicht Angestellte des Betriebes sind, wenig Raum, über die gesetzlichen Pflichten hinaus (arbeitsmedizinischen Untersuchungen, Arbeitsschutzausschuss, Arbeitsplatzbegehungen), theoretische Konzepte zur Erkennung eines frühzeitigen Bedarfs an Leistungen, effektiv in die Praxis umzusetzen.

Die Betriebsärzte bieten den Betrieben, den betrieblichen Bedingungen entsprechend, Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung an. Maßnahmen zur Integration gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter werden meist von den direkten Vorgesetzten und der Personalabteilung unter Hinzuziehung des Integrationsamtes, dem zuständigen

Träger und vermutlich dem Hausarzt verwirklicht. In manchen Betrieben wird der Betriebsarzt beteiligt.

Nach Meinung der befragten Betriebsärzte ist jedoch die spezielle Einschätzungsfähigkeit des Betriebsarztes der individuellen Arbeitsbedingungen des Mitarbeiters nicht mit der subjektiven Einschätzungsfähigkeit Externer zu kompensieren.

Für einen Betriebsarzt, der in einem Betrieb angestellt ist, bieten sich auf Grund der vernetzten Strukturen weitaus mehr Möglichkeiten, ganzheitliche Konzepte oder gezielte Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in seine betriebsärztliche Tätigkeit zu integrieren.

### **zu 3. Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?**

Zu den relativ validen Signalen zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs werden v. a. medizinische Indikatoren wie z. B. der Blutdruck und der Cholesterinspiegel gezählt. Solche objektiven Maße konnten im Rahmen der Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Vielmehr waren subjektive Einschätzungsmaße (z. B. das Ausmaß der Belastung durch die Arbeit) und auch andere psychosoziale Indikatoren von Bedeutung. Lediglich bei der Mitarbeiterbefragung konnte der Indikator „Anzahl der Erkrankungen“ und „Anzahl der krankheitsbedingt fehlten Arbeitstage“ erhoben werden. Was die Anzahl der Erkrankungen angeht, so geben Mitarbeiter aus vernetzten Betrieben ähnliche Werte an wie Mitarbeiter, deren Betrieb nicht einem Netzwerk angehören. Anders bei der Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag: Mitarbeiter aus nicht vernetzten Betrieben geben Krankheitstage an, die um den Faktor 1,7 bis 2,5 höher liegen. Damit deutet sich ein systematischer Vorteil der vernetzten Betriebe an.

Insgesamt wird die Gesundheit der Mitarbeiter von der überwiegenden Mehrzahl der Betriebsärzte (89,8%) als „gut“ eingeschätzt. Bei den niedergelassenen Ärzten sind dies weniger (69%). Von diesen sind 28% der Meinung, dass die Gesundheit ihrer arbeitenden Patienten „schlecht“ ist. Die Gesundheit könnte jedoch ihrer Einschätzung nach verbessert werden, da gesundheitsbewusstes Verhalten die Gefahr von Erkrankungen deutlich senkt.

#### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Neben der durch einen niedergelassenen Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit wurde das subjektive Empfinden oder die Beobachtung des Vorgesetzten und des Betriebsarztes von auffälligen Verhaltensweisen eines Mitarbeiters (etwa Unsicherheiten auf dem Gerüst, Konzentrationsmangel), als Signal für einen möglichen Handlungsbedarf genannt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse aus den arbeitsmedizinischen Unter-

suchungen und den Gesundheitschecks, im Rahmen von Kampagnen zur Früherkennung von Krankheiten (Krankenkassen), auf einen möglichen Handlungsbedarf hin.

#### **zu 4. Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?**

Signale eines drohenden Handlungsbedarfs müssen nicht nur vorhanden sein, sondern in den Betrieben auch „aufgefangen“ werden. Hierzu wurden eine Reihe von Instrumentarien genannt, von denen die Personalverantwortlichen angeben sollten, ob diese im Betrieb angewendet werden. Die Analysen zeigen, dass Instrumentarien mit einer deutlich präventiven und individuumsbezogenen Ausrichtung (z. B. spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Erkrankungen) seltener angewendet werden, als die eher „Konventionellen“ (z. B. Analyse der Fehlzeiten von Mitarbeitern). Der Vergleich zwischen vernetzten und nicht vernetzten Betrieben zeigt deutliche Unterschiede auf: vernetzte Betriebe setzen mehr Instrumentarien ein.

##### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Etablierte Strukturen innerhalb des Unternehmens sorgen dafür, dass die Mitarbeiter mit Beginn gesundheitlicher Beeinträchtigungen erkannt und aufgefangen werden können. Spätestens eine wiederholte Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer gibt Anlass, die Ursachen der Erkrankung des Arbeitnehmers herauszufinden.

Neben einer Vielzahl von anwendbaren Instrumenten sind Gesundheitsgespräche die besten Indikatoren zur Früherkennung von Krankheiten. Hierzu bedarf es der Bildung einer vertrauensvollen Atmosphäre.

#### **zu 5. Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen**

Angesichts ihrer medizinischen Kompetenz zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten könnten Haus- und Fachärzte eine herausgehobene Rolle in einer vernetzten Struktur einnehmen. Allerdings zeigt sich, dass die Kommunikation mit den anderen potenziellen Netzwerkakteuren nur sehr gering ausgeprägt ist. Die Stärkung dieser Kommunikation wäre jedoch die Aufgabe aller potenziellen Partner.

##### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Die Mitarbeiter sprechen bei gesundheitlichen Beschwerden mit ihrem Hausarzt, haben aber eine positive Einstellung gegenüber dem Betriebsarzt. Einer Kooperation zwischen Hausarzt, Betriebsarzt und ggf. anderen vertrauenswürdigen Akteuren würden sie zu-

stimmen, wenn sie zuvor über Sinn und Zweck der Kooperation sowie die einzuleitenden Maßnahmen informiert würden.

### **zu 6. Welche fördernden und hemmenden Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive) sind identifizierbar?**

Auf der Grundlage der empirischen Daten konnten eine Reihe von fördernden und hemmenden Faktoren identifiziert werden, die im Zusammenhang mit der Vernetzung stehen. Aus diesen Ergebnissen konnten Vernetzungsmodelle skizziert werden. Sie zeigen, dass es nicht „den“ Faktor gibt, der entscheidet, ob Vernetzung stattfindet oder nicht. Vielmehr ist es offensichtlich die Kombination von einzelnen Variablen, die die Vernetzung begünstigen oder erschweren. Gemäß der Mitarbeiterbefragung fördert offensichtlich die Zugehörigkeit zu einem großen Betrieb und die tägliche Anwesenheit des Betriebsarztes die Vernetzung. Darüber hinaus wird die Gesundheit der Mitarbeiter von den Betrieben als ein wichtiges Gut erachtet. Wenn Vernetzung stattfindet, hat dies offensichtlich positive Auswirkungen auf psychosoziale Be- und Entlastungsfaktoren.

#### Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Erlaubt es die wirtschaftliche Lage des Betriebes, einen speziellen Beauftragten mit den Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung zu betrauen, wissen die Betriebe häufig um den ökonomischen Nutzen, in die Gesundheit der Mitarbeiter zu investieren.

Das Vorhandensein eines Koordinators (Kümmerer), der die in Aufgaben und Zuständigkeiten definierten Kompetenzbereiche am Einzelfall orientiert koordiniert, begünstigt den Aufbau eines innerbetrieblichen Netzwerkes.

Die interne Kommunikation über die betriebliche Gesundheitsförderung ermöglicht den Mitarbeitern, eine positive Absicht des Betriebes zu erkennen. Mitarbeiter, die über die Bedeutung der Maßnahmen, die Aufgabe des Betriebsarztes sowie über die betrieblichen Aktivitäten informiert sind, fühlen sich einbezogen und motiviert, am Erreichen der Ziele mitzuwirken.

Das Wissen um die speziellen fachlichen Kompetenzen und die spezifischen Aufgaben der verschiedenen Bereiche fördert die Bereitschaft und die Motivation der Akteure, sich untereinander zu vernetzen. Zudem ist es förderlich, wenn alle zu beteiligenden Akteure der systematisierten Bereiche (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Hausarzt, im Betrieb verantwortliche) ein gemeinsames Verständnis entwickeln und eine einheitliche Definition von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation vornehmen.

Bonussysteme bieten den unterschiedlichen Akteuren einen finanziellen Anreiz, sich an der Umsetzung der betrieblichen Maßnahmen zu beteiligen.

Etablierte Strukturen innerhalb eines Systems basieren oftmals auf dem Engagement einzelner Personen. Akteure, die sich der Vernetzung und Kooperation anfänglich verschließen, können oftmals später auch unter größeren Bemühungen - auf freiwilliger Basis - nicht erreicht werden.

### **zu 7. Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?**

Die derzeitigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden häufig als ein problematischer Aspekt für den Austausch von Informationen in Netzwerken genannt. Ob dies so eingeschätzt wird, wurde auch in den empirischen Befragungen thematisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass aus Sicht der Personalverantwortlichen und der Betriebsärzte der Informationsaustausch vom und zum Arzt jedoch nicht so stark behindert wird, wie dies angenommen wurde. Mehr als die Hälfte der Befragten stimmen der entsprechenden Frage nicht oder gar nicht zu. Bei den niedergelassenen Ärzten sind dies drei Viertel aller Befragten.

Sofern der notwendige Informationsaustausch zwischen den Beteiligten jedoch einmal durch die Bestimmungen des Datenschutzes behindert würde, wären die befragten Mitarbeiter in erheblichem Ausmaß dazu bereit, eine Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe zu geben. Wenn der Adressat ein anderer Arzt ist, dann sind knapp die Hälfte (44,5%) hierzu bereit und ein weiteres Viertel (24,2%), wenn sie hieran beteiligt würden („unter ganz bestimmten Umständen“). Niedrige Zustimmungsraten (6,8%) erhalten die Betriebe als Adressaten für die Informationen. Unter Beteiligung sind weitere 22,6% zum Informationsaustausch bereit. Offensichtlich werden die Arztgruppen als wesentlich vertrauenswürdiger eingeschätzt.

### **Handlungsempfehlungen**

Die Handlungsempfehlungen zu einer Verbesserung der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen orientieren sich an dem Aufzeigen von Möglichkeiten und Wegen zur Förderung der Netzwerkbildung für potenziell daran beteiligte Akteure. Hierbei steht das Schaffen von win-win-Situationen für miteinander kooperierende Personen und Institutionen im Vordergrund, wenngleich die Förderung der Herstellung einer erwünschten Vernetzungsstruktur nicht ohne das Einfordern dafür zu erbringender Eigenbeiträge der daran Beteiligten erreichbar sein wird.

Neben den Erkenntnissen der qualitativen Analyse und den Ergebnissen der durchgeführten Expertenbefragungen sind die Impulse eines im Rahmen des Projekts durchgeführten Expertenworkshops die Grundlage der Empfehlungen. Da sich demzufolge noch deutlich erkennbare Defizite der bisherigen Kooperations- und Akteursbeziehungen



gen thematisieren lassen, werden im Folgenden genannte Empfehlungen und ange-dachte Maßnahmen zu einer Verbesserung der Akteursrolle der jeweils eigenständigen Netzwerkpartner aus dem Defizitansatz heraus formuliert.

Eine grundlegende Empfehlung an den Gesetzgeber ist die Initiierung von gesundheits-politischen Kampagnen. Darüber hinaus sind Bonus-/Malussysteme zu implementieren und ggf. durch entsprechende Kontroll- und Interventionsmaßnahmen zu flankieren. Schließlich ist die Überprüfung der Wirksamkeit politisch gesteuerter Initiativen im Rahmen einer Evaluierung anzuraten.

### Betriebe als Netzwerkpartner

Jedes Unternehmen soll zukünftig in die Lage versetzt werden, über einen „Kümmerer“ als verantwortliche Person zu verfügen, die in Gesundheitsfragen eine Schnittstelle im Betrieb und zugleich der Ansprechpartner im Sinne einer auskunftsgebenden und auskunftsberechtigten Person nach außen hin zu Haus-, Fachärzten, Krankenkassen, Integrationsamt etc. sein kann. Darüber hinaus soll diese Person in der Lage sein, das Eingliederungsmangement betreiben bzw. koordinieren zu können und an Integrationsvereinbarungen mitzuwirken. Die hierfür zu vermittelnden Inhalte erfordern entsprechende Beratungskonzepte, die ggf. noch zu entwickeln wären.

Kammern und Innungen sind als wirtschaftlich beratend nahestehende Interessenver-treter der KMU auch zunehmend in die Rolle als Berater in Fragen des Gesundheits-schutzes, bei der Integration von Behinderten am Arbeitsplatz<sup>1</sup> sowie im Hinblick auf ein wirksames Ausgliederungsverhinderungsmanagement mit einzubeziehen und sollen ei-nen „Kümmerer“ stellen oder auf betrieblicher Ebene beraten und qualifizieren.

Es gilt, den Bekanntheitsgrad der Servicestellen durch geeignete PR-Maßnahmen zu erhöhen und als Ansprechpartner für Betriebe zu öffnen. Flankierend ist die Nähe der Servicestellen als Kooperationspartner von Kammern und Innungen herzustellen.

### Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner

Zur Steigerung der Durchsetzungsfähigkeit wären gesetzliche Vorgaben angeraten, nach denen Betriebsärzte ein verstärktes Mitspracherecht bei der Gestaltung betriebli-cher Krankheitsprävention erhielten.

---

<sup>1</sup> Vereinzelt übernehmen die Handwerkskammern bereits diese Aufgabe in Kooperation mit anderen Part-nern, siehe z. B. das von 1996 bis 2000 laufende Modellprojekt der Hauptfürsorgestelle des Land-schaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Handwerkskammer Münster zur Integration von Schwerbe-hinderten in das Handwerk (Möllering & Stüer 2000).

Eine Vergütungsregelung für die Netzwerkarbeit wäre zu entwickeln oder in den Kontext der bereits bestehenden Honorierung für betriebsärztliche Leistungen zu integrieren. Vorstellbar wäre ein durch die Sozialversicherungsträger fondfinanziertes Modell, aus dem zusätzliche betriebsärztliche Einsatzzeiten zur Realisierung von Konzepten zur Früherkennung eines individuellen Handlungsbedarfs finanziert werden.

Zur Beseitigung des Imageproblems der Betriebsärzte gegenüber anderen Ärztegruppen, zum Teil auch bei den Beschäftigten, sind die verschiedenen Landesorganisationen und Verbände in der deutschen Ärzteschaft in die Pflicht zu nehmen.

### Der Hausarzt als Netzwerkpartner

Die Stärkung der Rolle des Hausarztes als Lotse unter dem Aspekt der Vernetzung, ist zu fördern. Als gesundheitspolitisch bedeutend wird die Verstärkung der Verpflichtung zur Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten gesehen. Diese sollte gesetzlich geregelt werden. Eine angemessene finanzielle Vergütung für einen verstärkten patientenbezogenen Informationsaustausch und des Verwaltungsmehraufwands sowie eine Vergütung von Aufwendungen für die lokale/regional ausgerichtete Netzwerkarbeit ist vorzusehen.

Empfohlen wird die Initiierung einer Kampagne im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung der Hausarztrolle als Partner der Betriebsärzte und Unternehmen, ggf. gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, um bei Betriebsärzten, Unternehmen sowie Arbeitnehmern mehr Aufmerksamkeit zu erhalten.

Hausärzte sind stärker zur Nutzung von Fortbildungsangeboten mit arbeitsmedizinischer Thematik anzuregen.

### Der niedergelassene Facharzt als Netzwerkpartner

Die Bereitschaft, den medizinisch bedingten Informationsaustausch zu fördern, bedarf neben einer Bewusstseinsbildung auch hier wieder finanzieller Anreize. Denkbar wäre ein Bonussystem für Fachärzte als auch für dafür offene Betriebe mit präventiver Ausrichtung, die betriebliche Maßnahmen durchführen bzw. unterstützen.

### Datenschutz

Durch die von Seiten der Patienten recht bereitwillig erteilten Einverständniserklärungen zur Befreiung von der Schweigepflicht, besteht kein Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers, da die bestehenden Regelungen zur Schweigepflicht für die Netzwerkbildung und dessen Funktionieren keine entscheidende Hürde darstellen.

### Unterstützende Initiativen und Kampagnen

Die Herausstellung von win-win-Situationen ist mit werbewirksamen Aktionen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu forcieren. Hierbei sind einfache und prägnante Botschaften zu bevorzugen und geeignet zu platzieren. Zu denken wäre bei der Ansprache von Betrieben an kurze Fernsehspots sowie Plakataktionen an exponierten Stellen.

### Forschungsbedarf, Evaluation und Qualitätskontrolle – zukunftsweisende Anregungen

Ausgehend von bislang eher nur sporadischer Netzworfbildung und noch weitgehend nicht vorhandener Systeme zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen, ist die Forschung zur Evaluation von Netzwerken, zur Erkennung von Frühwarnsignalen und zur Schaffung von Beratungsstandards, die die Vorgaben und Möglichkeiten des SGB IX in die betriebliche Ebene transportieren, zu fördern.

### 3 Einleitung

Die frühzeitige Intervention bei Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen oder Risiken, die das Arbeitsverhältnis bzw. die Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz in Frage stellen, findet in Deutschland derzeit in einem nicht ausreichenden Maße statt. In der Regel herrscht das Motto „Arbeiten bis es nicht mehr geht“. Am Ende steht häufig die Arbeitsunfähigkeit mit schwerwiegenden, mitunter chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Bei rechtzeitiger Einleitung von Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hätte in vielen Fällen dieser Zustand vermieden werden können. Eine Grundvoraussetzung für frühzeitige und vor allem rechtzeitige Intervention ist das Vorhandensein eines geeigneten Systems zur Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Um ein solches System zu ermöglichen, bedarf es Strukturen der Kommunikation, die einen reibungslosen Informationsfluss ermöglichen. In diesen Strukturen kommt insbesondere Haus- und Betriebsärzten besondere Bedeutung zu. Sie stehen mit dem betroffenen behinderten oder von chronischer Erkrankung und Behinderung bedrohten Menschen in unmittelbarem Kontakt und stellen mit ihm die Hauptknotenpunkte in einem Netzwerk dar, welches Beschäftigte und deren Vertreter, Arbeitgeber, Betriebs-, Haus- und Fachärzte sowie Träger und Verbände mit dem Ziel zusammenbringt, drohenden Erkrankungen und Behinderungen möglichst frühzeitig entgegenzuwirken.

Die Aufgabe des Projekts *Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfes für Leistungen* war es, vor diesem Hintergrund zu untersuchen, wie sich die derzeitige Situation in Deutschland darstellt und welche Konzepte der Gesundheitsversorgung mit ihren Facetten der Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Nachsorge sich als ganzheitliche und übertragbare Konzepte präsentieren und die Grundlage für frühzeitige Intervention bilden. Es waren Handlungsempfehlungen zu formulieren, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, um die Kommunikation zwischen dem Betroffenen, dem Betriebsarzt und dem Haus- sowie dem Facharzt zu ermöglichen bzw. sicherzustellen, damit sich abzeichnende Erkrankungen und Behinderungen rechtzeitig abgewendet werden können. Des Weiteren waren Fragen zur Motivation der Akteure, sich in einem entsprechenden Netzwerk zu engagieren sowie zu möglichen Frühwarnzeichen zu beantworten.

Die Untersuchungen der Ist-Situation wurden vor der Novellierung des SGB IX, die am 1. Mai 2004 in Kraft getreten ist, durchgeführt. Bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen wurden die neuen gesetzlichen Regelungen jedoch bereits weitgehend reflektiert und berücksichtigt.

Im Rahmen des Projektes konnten angesichts der kurzen Laufzeit leider nicht alle Akteure berücksichtigt werden, die im Zusammenhang mit den Fragestellungen zum SGB IX interessante Beiträge hätten liefern können. Durch die notwendige Schwerpunktsetzung musste beispielsweise die Perspektive der Behindertenverbände unbeleuchtet bleiben. Dies ist sowohl aus forschungsmethodischen als auch aus sozialpolitischen Gesichtspunkten unbefriedigend, war jedoch angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen nicht vermeidbar.

Mit der Formulierung der Handlungsempfehlungen werden ausgehend von der im Bericht dargestellten Ist-Situation Hinweise gegeben, wie die Grundlage dafür geschaffen werden kann, dass sich in Deutschland eine „Kultur“ der rechtzeitigen Intervention bei sich abzeichnenden gesundheitlichen Problemen entwickeln kann. Die Handlungsempfehlungen stecken nicht einen gradlinigen Weg zur optimalen Lösung ab; dieser Weg ist auf Grund der Vielfältigkeit fördernder und hindernder Faktoren nicht klar zu definieren. Sie zeigen vielmehr Wege zur Schaffung notwendiger Grundvoraussetzungen auf, die helfen, einen Nährboden zu schaffen, auf dem sich eine solche „Kultur“ bzw. ein System zur Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe entwickeln kann.

#### **4 Fragestellungen und Ziele der Untersuchung**

Die zu beantwortenden Fragestellungen resultieren aus den Vorüberlegungen zum Projekt. Diese wurden im Angebot der Anbietergemeinschaft an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom Oktober 2002 formuliert und zwar sowohl innerhalb des Angebotstextes als auch im Anhang 1 des Angebots. Die im Anhang 1 des Angebotes (vgl. Anhang 2) formulierten Fragestellungen entstammen v. a. besonderen Interessenlagen des Ministeriums. Diese erwiesen sich im Projektverlauf als z.T. so spezifiziert, dass sie nicht in allen Einzelheiten beantwortbar waren. Darüber hinaus kristallisierten sich in der ersten Projektphase einige weitere Fragestellungen als außerordentlich relevant heraus. Diese wurden dann zusätzlich zur Beantwortung aufgenommen.

Alle Fragestellungen wurden in der ersten Projektphase inhaltlich geclustert und den folgenden Hauptfragestellungen zugeordnet. Diese Hauptfragestellungen bilden dann auch entsprechende Kapitelüberschriften bei der Darstellung der quantitativ empirischen Ergebnisse über das Projekt (vgl. Kapitel 6.1.1 bis Kapitel 6.1.7):

## **1. Wie kann man Vernetzung beschreiben und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?**

Zunächst galt es zu klären, was der Vernetzungsbegriff bedeutet, denn im Gegensatz zum IT-Bereich und dem Bereich der Systemtheorie ist uns keine Definition für Vernetzung in unserem inhaltlichen Zusammenhang bekannt. Zwar spielt der Vernetzungsbegriff in der Fachliteratur und auf den entsprechenden Veranstaltungen der Fachverbände eine bedeutende Rolle und wird dort als ein wesentlicher Schlüsselfaktor für die frühzeitige Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen nach dem SGB IX genannt. Jedoch werden kaum inhaltliche Spezifizierungen für Vernetzung vorgestellt, die über die Feststellung, dass A mit B kommuniziert, hinausgehen. Insofern war im Rahmen des Projektes zu beschreiben, was Vernetzung inhaltlich bedeutet und ob ggf. Vernetzungsmodelle beobachtbar sind, die dann ebenfalls zu beschreiben wären.

## **2. Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden**

Bei den konzeptionellen Überlegungen zur Vernetzung nehmen die Betriebsärzte eine herausgehobene Stellung ein, bilden diese quasi ein wesentliches Scharnier zwischen betrieblichen und ambulanten Strukturen. Die Scharnierfunktion wird ihnen v. a. deshalb zugeschrieben, weil sie einerseits sehr genaue Detailkenntnisse über betriebliche Vorgänge und andererseits auch sehr genaue Kenntnisse aus dem medizinischen System integrieren können. Allerdings gibt es kaum detaillierte Kenntnisse über die aktuelle betriebsärztliche Versorgung in den deutschen Unternehmen. Zwar werden die Sollvorgaben zur betriebsärztlichen Versorgung in den entsprechenden Vorschriften definiert, die konkrete Umsetzung in den Betrieben bildet jedoch einen der schwarzen Flecken, die es im Rahmen des Projektes aufzuhellen galt. Aus den Ergebnissen war dann neu einzuschätzen, welche besondere Bedeutung Betriebsärzte zur Vernetzung einnehmen können.

## **3. Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?**

Die frühzeitige Erkennung eines möglichen Handlungsbedarfs beruht auf der Wahrnehmung und Registrierung von Signalen, die einen entsprechenden Handlungsbedarf wahrscheinlich machen. Die Annahme ist, dass bei einer frühzeitigen Erkennung und der darauf aufbauenden Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen gesundheitliche Einschränkungen verhindert oder vermindert werden können und deshalb Leistungen zur Teilhabe überflüssig werden. Wenngleich der betriebliche Mitarbeiter in erster Linie als Träger dieser Signale gelten kann, müssen diese Signale nicht auch notwendiger

weise von ihm erkennbar sein. Es ist also im Rahmen des Projektes zu klären, um welche Signale es sich handeln kann, an welcher Stelle bzw. wo diese auftreten und wie diese erkannt werden können.

#### **4. Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?**

Um Signale auffangen und registrieren zu können, sind entsprechende Instrumentarien notwendig. Diese können z. B. von einem geschulten Vorgesetzten eingesetzt werden, der in einem Mitarbeitergespräch Hinweise auf gesundheitliche Beschwerden seitens des Mitarbeiters auffängt und hieraus Interventionen ableitet. Ebenso können z. B. sekundärstatistische Analysen der Krankenstandsdaten der Krankenkassen zu den Instrumentarien gezählt werden. Im Projekt ist festzustellen, welche Instrumentarien eingesetzt werden und v. a., ob diese Instrumentarien dazu geeignet sind, individuelle Bedarfe zu erkennen.

#### **5. Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen**

Insbesondere die Hausärzte können als diejenige ärztliche Berufsgruppe gelten, die die genauesten Kenntnisse über den Gesundheitszustand von Mitarbeitern haben. Bei ihnen kann am ehesten medizinische Diagnostik zur Früherkennung eines drohenden Handlungsbedarfs einsetzen. Sollen hieraus jedoch Interventionsmaßnahmen - und dies nicht nur auf der individuellen sondern ggf. auch auf der betrieblichen Ebene - resultieren, so sind entsprechende Abstimmungen (z. B. Informationsaustausch) mit den Betriebsärzten bzw. Personalverantwortlichen notwendig. Im Projekt ist also zu klären, welche Abstimmungspotenziale bereits jetzt bestehen und wie man diese Abstimmungspotenziale stärken könnte. Sofern dies möglich ist, sollen auch andere Akteure des ambulanten Systems (z. B. Selbsthilfegruppen) in diese Analyse mit aufgenommen werden.

#### **6. Fördernde und hemmende Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive)**

Aus der Kenntnis der fördernden und hemmenden Faktoren lassen sich entsprechende Vernetzungsmodelle generieren. Diese Vernetzungsmodelle können Antworten darauf geben, welche Bedingungsvariablen (z. B. Art der betriebsärztlichen Betreuung) wie zu beeinflussen wären, damit bestimmte Outputvariablen (z. B. Betriebsergebnisse, Kosteneinsparungen durch verringerte Krankenstände) positiv verändert werden.

## **7. Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?**

Immer wenn die Weitergabe von Informationen zwischen verschiedenen Akteuren thematisiert wird, werden Aspekte des Datenschutzes berührt. Die Frage ist, ob die bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen den als notwendig erachteten Informationsfluss behindern und welcher Regelungsbedarf hieraus ableitbar ist.

### **Handlungsempfehlungen**

Über die Beantwortung der Fragestellung hinaus war die Formulierung von Handlungsempfehlungen ein wesentliches Ziel der Untersuchung. Diese Handlungsempfehlungen sollten Ziele und Maßnahmen nennen, die im Rahmen der Optimierung der Vernetzung zu erreichen bzw. durchzuführen sind.



## 5 Durchführung der Untersuchung

### 5.1 Untersuchungsmethoden, Erhebungsinstrumentarien, Zeitraum der Untersuchung

Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein Multi-Methoden- und Multi-Perspektiven-Ansatz verwendet. Das Spektrum der Methoden reichte von sekundärstatistischen Datenanalysen (z. B. über die Betriebsstätten in Deutschland) über qualitative Analysen (z. B. gering strukturierte Interviews) bis zur Befragung mehrerer repräsentativer Stichproben mittels standardisierter Fragebögen (vgl. Anhang 3 bis Anhang 7). Multi-Perspektiven-Ansatz bedeutet, dass die Antworten auf die Fragestellungen aus der Perspektive mehrerer Akteursgruppen<sup>2</sup> gewonnen wurden.

Die quantitativen Untersuchungen wurden mit standardisierten Erhebungsinstrumentarien an repräsentativen Stichproben durchgeführt. Die für Deutschland repräsentativen Stichproben konnten durch die Zusammenarbeit mit TNS INFRATEST für die Betriebsbefragung, Arbeitnehmerbefragung und die Befragung der niedergelassenen Ärzte generiert werden. Für die Befragung der Betriebsärzte wurde eine annähernde Zufallsstichprobe aus den Mitgliedern des Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) gezogen. Die Befragung der repräsentativen Stichproben wurde im Zeitraum zwischen Oktober 2003 und März 2004 v. a. von TNS INFRATEST durchgeführt (zu den Details vgl. Kapitel 5.2). Die auf Plausibilität geprüften und mit Labels versehenen Rohdaten wurden dann an die Projektgruppe übermittelt und mit SPSS, Version 12 ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Kapitel 6.1 aufgeführt.

Für die vertiefenden Befragungen wurde eine Stichprobe aus den Teilnehmern der quantitativen Untersuchung gewonnen. Netzwerkmitglieder wurden darum gebeten, für eine vertiefende Befragung zur Verfügung zu stehen. Die Bereitschaft hierzu konnten sie durch die Angabe ihres Namens und einer Telefonnummer auf den standardisierten Instrumentarien erklären. Die vertiefenden Befragungen hatten v. a. die Aufgabe, die quantitativen Daten durch die detaillierte Beschreibung einzelner Fälle zu konkretisieren. Die Befragungen (vgl. Kapitel 5.3) wurden dann persönlich oder telefonisch in offenen Gesprächen durchgeführt, bei denen jedoch die standardisierten Erhebungsinstrumentarien eine Richtschnur für die konkreten Fragestellungen bildeten. Die Befragungen wurden protokolliert und nach einem vorher festgelegten Analyseschema

---

<sup>2</sup> z. B. Personalverantwortliche aus Betrieben (Betriebsperspektive), Arbeitnehmer, Betriebsärzte, niedergelassene Ärzte, Standesvertreter, Rehabilitationsträger

ausgewertet. Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Februar und April 2004 durchgeführt.

Für die qualitativen Interviews wurde eine Expertenstichprobe aus dem Spektrum der SGB IX-Träger, Leistungserbringer, Berufs- und Standesvertreter, Forschungsinstitute und Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen sowie Personalverantwortlichen aus Betrieben (vgl. Kapitel 5.4) generiert. Mit diesen Personen wurden im Zeitraum von September 2003 bis Mai 2004 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und nach Mayring (2000) inhaltsanalytisch ausgewertet. Mit den Interviews sollten die Antworten auf die Projektfragestellungen - über die quantitativen Ergebnisse hinaus - ergänzend mit qualitativen Methoden erhoben und angereichert werden. Ein besonderer Schwerpunkt wurde dabei auf die Ermittlung von Wünschen und Erwartungen im Zusammenhang mit einer vernetzten Gesundheitsversorgung gelegt, da mit qualitativen Interviews sehr gut Erwartungen, Ansichten, Ängste und Hoffnungen erhoben werden können (Lamnek, 2003). Die Ergebnisse werden im Kapitel 6.3 aufgeführt.

## **5.2 Beschreibung der quantitativen Stichproben**

In den folgenden Unterkapiteln werden diejenigen Stichproben beschrieben, die für die quantitativen Analysen generiert wurden. Dabei werden die Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebsärzte, Hausärzte und Orthopäden in separaten Unterkapiteln dargestellt. Einen besonderen Schwerpunkt bei der Stichprobenbeschreibung nimmt die Frage ein, inwieweit die Stichproben in ihrer Zusammensetzung die angestrebten Grundgesamtheiten darstellen. In dem Maße, in dem dies gelungen ist, sind die ermittelten Ergebnisse auch auf die Grundgesamtheiten übertragbar.

### **5.2.1 Arbeitgeber**

Für die Arbeitgeber-/Betriebsbefragung bildet die Gesamtzahl der Betriebe bzw. der Arbeitsstätten in Deutschland die interessierende Grundgesamtheit. Da es hierüber keine zugänglichen Daten gibt, aus der dann eine geeignete Stichprobe zu ziehen wäre, wurde über die Kooperation mit INFRATEST eine Stichprobe generiert, die der Grundgesamtheit möglichst nahe kommt. Das „Arbeitsstätten Master Sample (AMS)“ stellt eine solche Stichprobe dar. Das AMS besteht aus insgesamt rund 141.000 Arbeitsstätten, die einen repräsentativen Querschnitt aller Arbeitsstätten in Deutschland bilden.

Da für die Befragung einerseits die Anzahl der zu befragenden Betriebe eine Obergrenze nicht überschreiten durfte und andererseits durch den Vergleich von kleinen, mittleren und großen Betrieben die Unterschiede zwischen den Betriebsgrößen möglichst transparent werden sollen, wurden Extremgruppen gebildet, aus denen sich die

Untersuchungstichprobe dann zusammensetzt. Die Gruppe 1 bilden Betriebe, die bis zu 19 Arbeitnehmer beschäftigt haben. Die Gruppe 2 besteht aus Betrieben, die zwischen 50 und 199 Beschäftigte haben und die Gruppe 3 aus Betrieben mit mehr als 500 Arbeitnehmern. Um bei der Gesamtzahl von 650 zu befragenden Betrieben eine ausreichende Mindestzahl von Betrieben in den Größenklassen zu erreichen, wurde festgelegt, dass 400 Betriebe der Größenklasse 1, 200 Betriebe der Größenklasse 2 und 50 Betriebe der Größenklasse 3 befragt werden sollten.

Die Gesamtstichprobe wurde bei INFRATEST um die irrelevanten Betriebe bereinigt und dann ein Quotenplan mit den Variablen Betriebsgröße und Branchenzugehörigkeit erstellt. Danach wurden die zu befragenden Betriebe computergestützt und zufällig aus der verbleibenden Stichprobe gezogen und deren Personalverantwortlichen in der erforderlichen Anzahl mittels computerunterstützter Interviews telefonisch befragt.

Insgesamt wurden 3964 Adresdaten kontaktiert, bei denen jedoch 1113 neutrale Ausfälle (z. B. Firma erloschen, falsche Telefonnummer) zu verzeichnen waren. Von den verbliebenen 2851 Adressen konnte bei 2201 Zielpersonen kein Interview begonnen oder vollständig durchgeführt werden, weil z. B. die Zielperson bei mehreren Anrufen beschäftigt war oder die Teilnahme generell verweigert wurde. Somit beträgt die Ausschöpfungsquote des um die neutralen Ausfälle bereinigten Datensatzes 22,8%.

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Betriebe in den unterschiedlichen Größenklassen. In den Zeilen „BA<sup>3</sup> (alle Größenklassen)“ ist aufgeführt, wie viele Betriebe in Deutschland zum 30.6.2002 registriert waren und wie groß deren Anteil an der Gesamtzahl aller Betriebe ist. Darunter sind die Prozentanteile bezogen auf die von uns gewählten Größenklassen „BA (ohne mittlere Größenklasse)“ aufgeführt.

---

<sup>3</sup> Anzahl der Betriebe und der Beschäftigten nach der Beschäftigtenstatistik der BA (Bundesagentur für Arbeit)

**Tabelle 2: Anzahl der Betriebe in unterschiedlichen Größenklassen**

		Größenklasse des Betriebs/der Arbeitsstätte					Insgesamt
		1 bis 19 Beschäftigte	20-199 Beschäftigte	2 50-199 Beschäftigte	200-499 Beschäftigte	3 500 und mehr Beschäftigte	
BA (alle Größenklassen)	n	1.906.743	127.336	68.927	12.449	4.943	2.120.398
	%	89,9%	6,0%	3,3%	0,6%	0,2%	100,0%
BA (ohne „mittlere“ Größenklasse)	n	1.906.743		68.927		4.943	1.980.613
	%	96,3%		3,5%		0,2%	100,0%
Infratest-Erhebung	n	400		200		50	650
	%	61,5%		30,8%		7,7%	100%

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit sowie eigene Berechnungen; BA = Bundesagentur für Arbeit

Der Vergleich der Prozentzahlen zwischen den BA-Angaben und den in der Untersuchung berücksichtigten Betrieben zeigt, dass z. B. die Betriebe mit mehr als 500 Beschäftigten nur 0,2% aller Betriebe in Deutschland stellen, diese Betriebe jedoch mit 7,7% an der Stichprobe in der Untersuchung beteiligt sind. Dies bedeutet, dass die „großen Betriebe“ in der Untersuchungsstichprobe sehr stark überrepräsentiert sind<sup>4</sup>. Dasselbe gilt für die mittlere Größenklasse 2 (50-199 Beschäftigte). Umgekehrt verhält es sich mit den Betrieben der Größenklasse 1 (bis 19 Beschäftigte). Diese sind relativ unterrepräsentiert.

Hieraus folgt, dass die Ergebnisse nicht auf alle Arbeitsstätten in Deutschland verallgemeinert werden können und bei Zusammenhängen zwischen Untersuchungsergebnissen und der Betriebsgröße, die Ergebnisse jeweils größenklassenspezifisch untersucht werden müssen.

Ebenfalls sehr größenklassenspezifisch war die Funktion der in den Betrieben ange-troffenen Interviewpartner:

---

<sup>4</sup> Angesichts der später anzustellenden Vergleiche zwischen den Betrieben aus unterschiedlichen Größenklassen war dies auch nicht vermeidbar, weil bei einer repräsentativen Berücksichtigung der großen Unternehmen so wenige berücksichtigt worden wären, dass Vergleiche mit den kleinen und mittleren Unternehmen unmöglich wären.

**Tabelle 3: Interviewpartner und deren Funktion im Betrieb/der Arbeitsstätte**

		Größenklasse des Betriebs/der Arbeitsstätte			Gesamt
		1 bis 19 Beschäftigte	2 50-199 Beschäftigte	3 500 und mehr Beschäftigte	
1 Der Arbeitgeber	Anzahl	193	12	0	205
	Spalten-%	48,3%	6,0%	0,0%	31,5%
2 Der Personalverantwortliche	Anzahl	131	101	29	261
	Spalten-%	32,8%	50,5%	58,0%	40,2%
3 Ein Personal-Sachbearbeiter	Anzahl	48	75	10	133
	Spalten-%	12,0%	37,5%	20,0%	20,5%
7 Sonstiges	Anzahl	28	12	11	51
	Spalten-%	7,0%	6,0%	22,0%	7,8%
Gesamt	Anzahl	400	200	50	650
	Spalten-%	100,0%*	100,0%	100,0%	100,0%

Auf Grund von Rundungsungenauigkeiten kann es bei den aufgeführten Summenwerten zu geringfügigen Abweichungen von der rechnerischen Gesamtsumme kommen. Dies betrifft sowohl diese Spalte als auch andere Spalten in Tabellen des Berichts

In einer Vorprüfung wurde in homogenen Teilstichproben untersucht, ob die Beantwortung der Fragen davon abhängt, ob der Arbeitgeber selbst, der Personalverantwortliche oder ein Sachbearbeiter geantwortet hat. Die Ergebnisse zeigen, dass dies nur bei wenigen Items der Fall ist. Bei den hiervon betroffenen Analysen wird dies im Verlauf des Untersuchungsberichts ggf. gesondert aufgeführt.

In der folgenden Tabelle 4 ist aufgeführt, wie viele Betriebe je Größenklasse und Branchenzugehörigkeit befragt wurden.

**Tabelle 4: Anzahl der befragten Betriebe/Arbeitsstätten je Branche und Größenklasse**

		Größenklasse des Betriebs /der Arbeitsstätte			Gesamt
		1 bis 19 Beschäftigte	2 50-199 Besch.	3 500 und mehr Besch.	
1 Land- u. Forstwirtschaft	n =	6	1	0	7
	%	1,5%	,5%	,0%	1,1%
2 Fischerei u. Fischzucht	n =	0	1	0	1
	%	,0%	,5%	,0%	,2%
4 Verarbeitendes Gewerbe	n =	37	27	5	69
	%	9,3%	13,5%	10,0%	10,6%
5 Energie- u. Wasserversorgung	n =	4	0	2	6
	%	1,0%	,0%	4,0%	,9%
6 Baugewerbe	n =	34	12	1	47
	%	8,5%	6,0%	2,0%	7,2%
7 Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	n =	108	45	17	170
	%	27,0%	22,5%	34,0%	26,2%
8 Gastgewerbe	n =	6	2	0	8
	%	1,5%	1,0%	,0%	1,2%
9 Verkehr u. Nachrichtenübermittlung	n =	13	10	1	24
	%	3,3%	5,0%	2,0%	3,7%
10 Kredit- u. Versicherungsgewerbe	n =	21	41	13	75
	%	5,3%	20,5%	26,0%	11,5%
11 Grundstücks -, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen	n =	11	7	1	19
	%	2,8%	3,5%	2,0%	2,9%
12 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialvers.	n =	5	8	2	15
	%	1,3%	4,0%	4,0%	2,3%
13 Erziehung u. Unterricht	n =	6	2	0	8
	%	1,5%	1,0%	,0%	1,2%
14 Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	n =	23	5	2	30
	%	5,8%	2,5%	4,0%	4,6%
15 Erbringung sonst. öffentl. u. pers. Dienstleistungen	n =	122	37	5	164
	%	30,5%	18,5%	10,0%	25,2%
17 Exterritoriale Organisationen u. Körperschaften	n =	4	2	1	7
	%	1,0%	1,0%	2,0%	1,1%
Summe	n =	400	200	50	650
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Inwieweit diese Branchenverteilung einen repräsentativen Ausschnitt aus den Branchen der Betriebe in Deutschland darstellt, konnte nicht geprüft werden, weil in den öffentlich zugänglichen Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (BA) keine zweidimensionalen Häufigkeitsverteilungen mit den Variablen Branche und Größenklasse vorliegen. Insgesamt wird jedoch die Branchenverteilung für die verwendeten Größenklassen als reprä-

sentativ gelten können, da die Branchenzugehörigkeit bei der Auswahl von INFRATEST neben der Größenklasse eine der Quotierungsvariable war.

Im weiteren Verlauf werden die Analysen immer dann branchenspezifisch durchgeführt, wenn sich die Branchenzugehörigkeit als eine wesentliche Einflussvariable auf das Befragungsergebnis erweist.

### **5.2.2 Arbeitnehmer**

Die Arbeitnehmerbefragung wurde auf der Grundlage der für Deutschland repräsentativen Haushaltsstichprobe des „Test Panel Institut (TPI)“ von INFRATEST durchgeführt. Aus dem Gesamtdatensatz wurden diejenigen Datensätze ausgewählt, bei denen mindestens ein Haushaltsmitglied eine Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung ausübt. Für diese Datensätze wurden Quotenvorgaben nach den Variablen Geschlecht, Alter, Nielsen-Gebiet und Haushaltsgröße erstellt und anschließend so viele Personen kontaktiert, bis die angestrebte Untersuchungsstichprobe im Umfang von 1000 Personen erreicht war.

Von allen 1000 Befragten lag das Geburtsjahr vor. Im Befragungsjahr 2003 waren die Mitarbeiter im Durchschnitt 44,15 Jahre alt. Der Range reicht von 19 bis 66 Jahre. Die Standardabweichung beträgt 10,2 Jahre. In einer Sonderauswertung wurde geprüft, ob die Altershäufigkeiten in Klassen von je fünf Jahren in der untersuchten Stichprobe ähnlich der Verteilung aus den Daten der Bundesagentur für Arbeit und damit repräsentativ für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sind. Die Analysen zeigen, dass die Klassen bis zu 35 Jahren relativ unterrepräsentiert sind und in den Klassen von 35 bis zu 50 Jahren ähnliche relative Häufigkeiten erreicht werden wie in Deutschland. Die Altersklassen ab 50 Jahren sind überrepräsentiert. Im Ergebnis bedeutet dies, dass für die Befragung die eher älteren Beschäftigten erreicht wurden. Inwieweit dies eine Folge von Selbstselektionseffekten ist, kann an dieser Stelle nicht abschließend beurteilt werden. Bei denjenigen Analysen, bei denen sich das Alter der Befragten als eine wesentliche intervenierende Variable herausstellt, werden altersspezifische Analysen durchgeführt.

Der Anteil der männlichen Befragten in der Untersuchungsstichprobe liegt mit 52,6% leicht unter dem Anteil der in Deutschland sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (54,8%). Die statistische Prüfung dieses Unterschiedes zeigt jedoch, dass die 5%-Signifikanzgrenze mit dem ermittelten  $p=0.16$  nicht erreicht wird. Somit sind die Unterschiede in der Geschlechterverteilung zwischen der Grundgesamtheit und der Untersuchungsstichprobe so gering, dass sie sich im Rahmen der tolerierbaren Zufallsschwankungen befinden.

62,1% aller Beschäftigten geben an, eine Vollzeitbeschäftigung auszuüben. Hier sind die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten beträchtlich: Während 80,2% aller männlichen Befragten eine Vollzeitbeschäftigung haben, geben dies nur 41,8% der weiblichen Beschäftigten an. Im Vergleich mit der Quote der Teilzeitbeschäftigten in Deutschland (15,9%) liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Stichprobe (37,9%) deutlich höher. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass hier unterschiedliche Berechnungsmodalitäten die Ursache für diese Unterschiede sind.

Der Anteil der im öffentlichen Dienst Beschäftigten liegt bei 31,5%. 7,7% befinden sich in einem befristeten Arbeitsverhältnis. 9,3% haben eine anerkannte Behinderung, 1,4% eine anerkannte Berufskrankheit. Von 937 Befragten liegen Angaben vor, in welcher Branche sie berufstätig sind:

**Tabelle 5: Anzahl der befragten Mitarbeiter je Branche**

	Branche, in der die befragten Mitarbeiter tätig sind	
	Anzahl	Spalten-%
0 Land- u. Forstwirtschaft + Fischerei u. Fischzucht	11	1,2%
3 Bergbau und Gewinnung von Steinen, Erden	9	1,0%
4 Verarbeitendes Gewerbe	131	14,0%
5 Energie- u. Wasserversorgung	22	2,3%
6 Baugewerbe	54	5,8%
7 Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern	117	12,5%
8 Gastgewerbe	17	1,8%
9 Verkehr u. Nachrichtenübermittlung	28	3,0%
10 Kredit- u. Versicherungsgewerbe	37	3,9%
11 Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung bew. Sachen	88	9,4%
12 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialvers.	73	7,8%
13 Erziehung u. Unterricht	53	5,7%
14 Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	108	11,5%
15 Erbringung sonst. öffentl. u. pers. Dienstleistungen	187	20,0%
17 Exterritoriale Organisationen u. Körperschaften	0	0%
99 Sonstige	2	0,2%
Gesamt	937	100,0%

In einer Sonderauswertung wurde geprüft, inwieweit die Branchenanteile in der Untersuchungstichprobe mit den Branchenanteilen in Deutschland übereinstimmen. In der folgenden Tabelle ist aufgeführt, welche Branchen nach WZ93-Codierung sehr gute Übereinstimmungen aufweisen und über- bzw. unterrepräsentiert sind:



**Tabelle 6: Repräsentativität der Arbeitnehmerstichprobe nach Branchen**

Sehr gute Übereinstimmung:	0 Land-, Forst. + Fischerei; 10 Kredit- u. Versicherungsgewerbe; 14 Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen
In der Untersuchung überrepräsentiert:	3 Bergbau u. Gewinnung von Steinen u. Erden; 5 Energie- u. Wasserversorgung; 12 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung; 13 Erziehung u. Unterricht; 15 Erbringung sonst. öffentliche u. pers. Dienstleistungen
In der Untersuchung unterrepräsentiert:	4 Verarbeitendes Gewerbe; 6 Baugewerbe; 7 Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern; 8 Gastgewerbe; 9 Verkehr u. Nachrichtenübermittlung; 11 Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen

Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Abweichungen auch durch die unterschiedliche Erhebungssystematik der BA und INFRATEST mit beeinflusst werden.

Insgesamt bedeutet dies, dass die untersuchte Stichprobe die in Deutschland Beschäftigten relativ genau abbildet, so dass die Ergebnisse - mit Einschränkungen - verallgemeinert werden können.

### 5.2.3 Betriebsärzte

Für die Befragung der Betriebs- und Werksärzte konnte eine Kooperationsvereinbarung mit dem „Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.“ - Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner (VDBW) abgeschlossen werden. Die Kooperationsvereinbarung beinhaltete einerseits eine inhaltliche Abstimmung des Erhebungsinstrumentariums und andererseits die Versendung der Erhebungsinstrumentarien über die Geschäftsstelle des VDBW. Hiermit konnte einerseits der Zugang zum vollständigsten Datensatz der in Deutschland betriebsärztlich tätigen Ärzte sichergestellt werden. Andererseits konnten die datenschutzrechtlichen Hemmnisse überwunden werden, die die Weitergabe der persönlichen Angaben der Verbandmitglieder mit sich gebracht hätte.

Aus dem Gesamtbestand der ca. 3300 Verbandsmitglieder wurden vom VDBW diejenigen herausgenommen, die wahrscheinlich nicht mehr aktiv als Betriebsarzt tätig sind. Aus den verbleibenden Datensätzen wurden weiterhin nach dem Zufallsprinzip so viele Datensätze herausgenommen, bis die angestrebte Aussendungsgröße von 2000 Fragebögen erreicht war.

Die Fragebögen wurden Mitte Februar 2004 mit einer zweiwöchigen Rücksendefrist an die Verbandsmitglieder verschickt. Insgesamt konnten 552 Fragebögen in die Auswertungen einbezogen werden. Weitere 57 Fragebögen kamen erst weit nach dem Ende der Rücklauffrist an oder waren nicht auswertbar. Die Rücklaufquoten betragen somit rund 30% (brutto) bzw. 28% (netto).

Die 552 Befragten sind im Durchschnitt seit rund 16 Jahren als Betriebsarzt tätig. Die Standardabweichung der nahezu normalen Verteilung beträgt 7,8 Jahre mit einem Modalwert von 18 und einem Maximum von 39 Jahren.

40,2% der Befragten sind ein Festangestellter bzw. Mitarbeiter der Firma, die sie betreuen. 34,6% sind selbständig tätig und weitere 22,5% sind in einem Arbeitsmedizinischen Zentrum angestellt. Lediglich 2,7% sind in einer sonstigen Organisation angestellt.

13,4% betreuen lediglich einen einzigen Betrieb. 52,4% betreuen bis zu einschließlich zehn Betrieben. 76,5% betreuen bis zu 30 Betrieben. Der rechnerische Mittelwert von 37,9 Betrieben wird sehr stark durch die acht Betriebsärzte beeinflusst, die 500 oder mehr Betriebe betreuen. Knapp die Hälfte (45%) der Befragten betreuen mindestens einen Betrieb, der dem Öffentlichen Dienst zugeordnet werden kann.

Die Quartilswerte<sup>5</sup> für die Anzahl der insgesamt betreuten Beschäftigten sind 1600, 3100 und 5000. Der Mittelwert beträgt rund 4650 Beschäftigte mit einem Range von 3 bis 175000. Die am häufigsten vorkommende Beschäftigtenzahl wird von den Befragten folgendermaßen angegeben:

**Tabelle 7: Betriebsarztbefragung: Die am häufigsten vorkommende Beschäftigtenzahl**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
1 1 bis 9 Beschäftigte	64	11,6	12,4
2 10 bis 49 Beschäftigte	37	6,7	7,1
3 20 bis 49 Beschäftigte	74	13,4	14,3
4 50 bis 199 Beschäftigte	118	21,4	22,8
5 200 bis 499 Beschäftigte	48	8,7	9,3
6 500 und mehr Beschäftigte	164	29,7	31,7
8 Trifft auf Befragten nicht zu	13	2,4	2,5
Gesamt	518	93,8	100,0
9 Keine Angabe	34	6,2	
Gesamt	552	100,0	

Bezüglich der Repräsentativität bedeutet dies, dass wegen des fehlenden Zugangs zur Grundgesamtheit aller in Deutschland als Betriebsärzte tätigen Ärzte keine Angaben zur Repräsentativität der befragten VDBW-Mitglieder gemacht werden können.

---

<sup>5</sup> Quartile (die 25., 50. und 75. Perzentile) unterteilen die Beobachtung (Untersuchungstichprobe) in vier gleich große Gruppen.

### 5.2.4 Hausärzte und Orthopäden

Für die Befragung der Hausärzte und Orthopäden konnte wiederum die für Deutschland repräsentative Haushalts-Stichprobe des Test Panel Institut (TPI) von INFRATEST verwendet werden, da für diese Stichprobe die berufliche Tätigkeit der Befragten vorlag und dementsprechend Hausärzte und Orthopäden gewonnen werden konnten. Insgesamt wurden 76 Praktische Ärzte und 77 Orthopäden von speziell geschulten Interviewern persönlich aufgesucht und computergestützt befragt.

Die Befragten waren zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt fast 18 Jahre (Median: 16,5 Jahre) als Arzt tätig. Zur Ermittlung der Praxisgröße wurde danach gefragt, wie viele Vollzeitstellen alle Mitarbeiter zusammen genommen innehaben. Hier ist interessant, dass je ein Arzt angab, in einer Praxis mit weiteren 38, 55 und 80 Vollzeitstellen zu arbeiten. Diese Ausreißer beeinflussen den ermittelten Durchschnittswert von 4,11 Vollzeitstellen sehr stark, so dass der Median von drei Vollzeitstellen ein wesentlich besser geeignetes Maß für die Beschreibung der Praxisgröße ist. Knapp 50% der Befragten geben keine weitere Facharztausbildung oder besondere Spezialisierung an. Die anderen nennen die folgenden besonderen Schwerpunkte (Mehrfachnennungen waren möglich): Sportmedizin (29 Nennungen), Chirotherapie (18), Akupunktur (8), Arbeitsmedizin (6), Chirurgie (6), Naturheilverfahren (6), Kinder- und Jugendmedizin (6), sonstiges (32).

Rund 40% der Praxen liegen in einer Großstadt. 28% der Ärzte geben an, ihre Praxis in einer ländlich gelegenen Kleinstadt zu haben. 17% bzw. 15% der Praxen liegen in einer mittelgroßen Stadt bzw. in einem ländlich gelegenen Ort außerhalb einer Stadt. Was den Ort der Praxis angeht, so unterscheiden sich die Antworten der beiden Arztgruppen hochsignifikant<sup>6</sup> voneinander, allerdings fast ausschließlich in den Antwortkategorien 1 und 2, die eine örtliche bzw. kleinstädtische Verortung der Praxis beschreiben. Ein relevanter Beeinfluss auf die Antworten ist daher nicht zu erwarten.

---

<sup>6</sup> chi2 = 19,608; p<.000

**Tabelle 8: Ort der Praxis der praktischen Ärzte bzw. Orthopäden**

		1 Allgemein- mediziner / Praktiker	2 Orthopäden	Gesamt
1 In einem ländlich gelegenen Ort außerhalb einer Stadt	Anzahl	21	2	23
	Spalten-%	27,6%	2,6%	15,0%
2 in einer ländlich gelegenen Kleinstadt	Anzahl	16	27	43
	Spalten-%	21,1%	35,1%	28,1%
3 in einer mittelgroßen Stadt	Anzahl	13	14	27
	Spalten-%	17,1%	18,2%	17,6%
4 in einer Großstadt	Anzahl	26	34	60
	Spalten-%	34,2%	44,2%	39,2%
Gesamt	Anzahl	76	77	153
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

### 5.3 Beschreibung der Stichproben zur Durchführung der vertiefenden Befragung

Die Stichprobe für die vertiefenden Befragungen besteht aus denjenigen Personen, die im Rahmen der quantitativen Untersuchung angaben, zu einem Netzwerk zu gehören und ihre Bereitschaft zur Durchführung eines vertiefenden Interviews dadurch bekundeten, das sie entsprechende Kontaktdaten zur Verfügung stellten. Bei INFRATEST wurden die Kontaktdaten von den Fragebögen getrennt und lediglich die Kontaktdaten an die Projektgruppe weitergegeben.

Darüber hinaus wurden solche Personen befragt, die während der Projektrecherchen mit innovativen Konzepten in Erscheinung getreten waren oder Personen, die den Antragstellern auf Grund der betrieblichen Praxis aus anderen Quellen bekannt waren.

Im Folgenden wird die Beteiligung der Kontaktierten und das Vorgehen innerhalb der verschiedenen Gruppen dargestellt.

#### 5.3.1 Personalverantwortliche aus der Betriebsbefragung (Arbeitgeber-Stichprobe)

Von den elf Personalverantwortlichen<sup>7</sup> aus vernetzten Betrieben konnten vier Personen von INFRATEST bekannt gegeben und deren Kontaktdaten an die Projektgruppe weitergeleitet werden.

Ein Personalverantwortlicher bzw. der Betrieb war auf Grund der Telefonnummer nicht zu ermitteln, ein Personalverantwortlicher konnte aus zeitlichen Gründen keinen Termin

---

<sup>7</sup> Um die Stichproben adäquat beschreiben zu können, wird bereits hier auf einige - später erläuterte - Ergebnisse zurückgegriffen.

vereinbaren und ein Personalverantwortlicher war nach Erläuterung der Projektfragestellung zu keinen vertiefenden Angaben bereit.

**Tabelle 9: Realisierte vertiefende Befragungen von Personalverantwortlichen**

Kontaktdaten insgesamt	4
Durchgeführte Interviews	1
Falsche Telefonnummer	1
Kein Termin möglich	1
Verweigert mit Grund	1

Das Ziel für die verbleibende Befragung war, eine möglichst genaue Beschreibung über vorhandene Konzepte („example of good practice“), den Ablauf der Umsetzung, die Struktur der innerbetrieblichen Organisation und die Kooperation der zu beteiligenden Akteure zu erhalten. Im Besonderen sollten der Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern, die gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Maßnahmen sowie die Instrumente zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfes beschrieben werden.

### 5.3.2 Mitarbeiter aus der Mitarbeiterbefragung

Von den 31 Mitarbeitern aus vernetzten Betrieben haben zehn Mitarbeiter ihre Bereitschaft für eine vertiefende Befragung bekundet, deren Kontaktangaben dann von INFRATEST bekannt gegeben wurden.

Ein Arbeitnehmer konnte nicht erreicht werden, ein Arbeitnehmer wollte sich auf Grund der aktuellen politischen Diskussion an keiner Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) beteiligen, ein Mitarbeiter hatte nach seinen Angaben an keiner schriftlichen Befragung teilgenommen, ein Mitarbeiter konnte der schriftlichen Befragung keine beschreibenden Angaben hinzufügen und ein Arbeitnehmer hatte das Telefoninterview kurzfristig abgesagt.

**Tabelle 10: Realisierte vertiefende Befragungen von Mitarbeitern**

Kontaktdaten insgesamt	10
davon durchgeführte Interviews	5
Person hatte an der Befragung nicht teilgenommen	1
Person nicht Zielgruppe	1
Termin abgesagt	1
Verweigert mit Grund	1
Person nicht erreichbar	1

Das Ziel für die verbliebenen fünf Interviews war, über ein offenes Telefongespräch möglichst viele informierende Beschreibungen zu erhalten, wie sich nach der subjektiven Einschätzung der Befragten die jeweilige betriebliche Praxis gestaltet.

In einem ersten Kontakt wurde den Arbeitnehmern das Projekt sowie das Anliegen der Befragung erklärt. Kam es zu einer Terminvereinbarung, wurden die zentralen Schwerpunkte erläutert. Es war den Befragten am angenehmsten, zunächst ihre Einschätzung und ihr Wissen zu formulieren und anschließend die offen gebliebenen Fragen zu beantworten. Begründet wurde dieses damit, dass die Angaben mehr auf Vermutungen, als auf Wissen beruhen. Es hatte sich jedoch gezeigt, dass sich die Arbeitnehmer in der verbliebenen Zeit zwischen dem Erstkontakt und der vertiefenden Telefonbefragung über die innerbetriebliche Praxis ihres Betriebs informiert hatten.

### **5.3.3 Betriebsärzte aus der Betriebsarztbefragung**

Aus den 135 Betriebsärzten mit Kontaktangaben aus der VDBW-Befragung (N=553) wurde eine Stichprobe gebildet, die einerseits aus Netzwerkmitgliedern bestand und darüber hinaus auch gleichzeitig von Konzepten zur frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs berichtet haben und auch mehrere Kontakte zu Hausärzten angaben. Aus dieser Stichprobe wurden 6<sup>8</sup> ausgewählt, mit denen eine vertiefende Befragung angestrebt wurde.

Ein Betriebsarzt musste den vereinbarten Interviewtermin kurzfristig absagen. Mit ihm konnte kein weiterer Termin innerhalb des gesetzten Zeitrahmens vereinbart werden. Ein weiterer Betriebsarzt wollte auf Grund der aktuellen politischen Diskussion nicht an einer Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) teilnehmen. Somit konnten vier vertiefende Befragungen durchgeführt werden.

Auf Grund des bereits erläuterten Verfahrens zur Durchführung der quantitativen Betriebsärztebefragung lagen zum Zeitpunkt der vertiefenden Befragungen die zurückgesendeten Fragebögen und damit Informationen zu geführten Konzeptgesprächen (vgl. Kap. 6.1.1.3) und Angaben zu speziellen Meldesystemen zur Früherkennung von Krankheiten vor.

Das Ziel der vertiefenden Befragungen war die inhaltliche Beschreibung dieser Angaben: Mit wem auf wessen Initiative, auf welcher Basis und mit welchem Inhalt diese

---

<sup>8</sup> Die ursprünglich angestrebte Zahl von rund 20 Befragungen musste wegen zeitlicher Verzögerungen bei der Betriebsarztbefragung reduziert werden.

Konzeptgespräche geführt werden und wie die speziellen Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten beschrieben werden können.

Im ersten telefonischen Kontakt wurde den Betriebsärzten die spezielle Bedeutung ihrer Angaben für die zentrale Projektfragestellung erläutert. Kam es zu einem Gesprächstermin, wurden die Betriebsärzte in einem offenen Telefoninterview oder in einem persönlichen offenen Gespräch, gezielt und vertiefend, zu ihren Angaben befragt.

### **5.3.4 Niedergelassene Ärzte**

Von den befragten niedergelassenen Ärzten gaben vier an, dass sie Mitglied in einem betrieblichen Netzwerk seien. Von diesen stand leider niemand für eine vertiefende Befragung zur Verfügung.

### **5.3.5 Personen aus anderen Quellen**

Die hier befragten Personen sind während der Recherche mit innovativen Konzepten in Erscheinung getreten oder sie waren den Antragstellern auf Grund positiver Praxisbeispiele aus anderen Quellen bekannt.

Die Personen aus den unterschiedlichsten Institutionen wurden in ihrer Funktion als Vertreter der Träger, der Integrationsfachdienste und stationären Rehabilitationseinrichtungen, Fachärzte, leitende Betriebsärzte, Schwerbehindertenvertreter und Betriebsräte befragt.

Die Strukturen und Systeme der o. g. Institutionen können im Rahmen dieses Projektteiles nicht vertiefend bearbeitet werden. Wenn auch gerade die unterschiedlichen Trägerstrukturen, einen besonderen Einfluss auf die Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen zu nehmen scheinen.

Es wurden insgesamt 22 ausgewählte Personen angeschrieben, um mit ihnen ein vertiefendes Gespräch über die Erfahrungen mit den zentralen Projektfragestellungen zu führen.

Vier der angeschriebenen Personen hatten sich auf das Anschreiben hin nicht zurückgemeldet. Zwei Personen hatten den persönlichen Termin kurzfristig abgesagt. zwei Personen wollten sich auf Grund der aktuellen politischen Diskussionen an keiner Erhebung im Auftrag des BMGS beteiligen. Mit einer Person war aus zeitlichen Gründen kein Termin möglich.

**Tabelle 11: Realisierte vertiefende Befragungen von Personen aus anderen Quellen**

Kontaktaten insgesamt	22
Durchgeführte Gespräche	13
Keine Rückmeldung	4
Termin abgesagt	2
Verweigert mit Grund	2
Kein Termin möglich	1

Die Personen dieser Befragtengruppe wurden mit einem individuellen Anschreiben und einer angefügten Projektbeschreibung über die zentralen Projektfragestellungen informiert und meldeten sich im Falle ihres Interesses zur Vereinbarung eines persönlichen oder telefonischen Termins zurück.

Das Ziel war, in einem offenen Gespräch eine subjektive Einschätzung sowie die Erfahrungen der Befragten zu den zentralen Schwerpunkten des Projektes zu erfahren.

#### 5.4 Beschreibung der Stichprobe zur Durchführung der qualitativen Interviews

Für die qualitativen Interviews wurde eine Expertenstichprobe aus dem Spektrum der SGB IX-Träger, Leistungserbringer, Berufs- und Standesvertreter, Forschungsinstitute und Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen sowie Personalverantwortlichen aus Betrieben generiert. Die insgesamt 58 Befragten können im Einzelnen den folgenden Gruppen zugeordnet werden:

**Tabelle 12: Anzahl der qualitativen Interviews**

Befragtengruppe	Anzahl der durchgeführten Interviews
1. Arbeitnehmer/Rehabilitanden (mit einem arbeitsplatzrelevanten Krankheitserfahrungshintergrund) des BFW Michaelshoven Köln)	21
2. Personalverantwortliche aus Firmen im Großraum Köln	8
3. Betriebsärzte	13
4. Verantwortliche Mitarbeiter der Reha-Träger und Berufs-/Standesvertreter	8
5. Experten für den Bereich der Vernetzung im Gesundheitsversorgungssystem	8
Summe:	58

Die Ergebnisse werden im Kapitel 6.3 aufgeführt.



## 6 Ergebnisse

In diesem Kapitel folgt die Darstellung der Projektergebnisse. Es muss darauf hingewiesen werden, dass zusätzlich zu den hier vorgestellten Ergebnissen eine Vielzahl von weiteren und überaus interessanten Detailanalysen durchgeführt wurden. Leider konnten diese wegen des begrenzten Umfangs des Abschlussberichts hier nicht berücksichtigt werden. Die hier vorgestellten Ergebnisse stellen daher bereits eine strikte Auswahl dar.

### 6.1 Ergebnisse aus den quantitativen Untersuchungen

Bei der Beschreibung der Ergebnisse aus den quantitativen Untersuchungen werden diese differenziert nach den zentralen Fragestellungen und den Befragengruppen dargestellt.

#### 6.1.1 Wie kann man Vernetzung beschreiben und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?

Im Rahmen der quantitativen Untersuchungen wurde die betriebliche Vernetzung einerseits auf der Grundlage des Antwortverhaltens auf eine eher „formale Netzwerkfrage“ (s. u.) und andererseits auf der Grundlage der Kontakte zu wesentlichen Netzwerkpartnern festgestellt.

##### 6.1.1.1 Betriebsbefragung

Zur Hinleitung auf die formale Netzwerkfrage wurden die Betriebe bzw. deren Personalverantwortliche zunächst danach gefragt, ob sie bereits einmal etwas von einem „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ gehört haben. Von den 650 Befragten bejahten 20,2% (n=131) diese Frage. Denjenigen, die mit „ja“ geantwortet haben, wurde anschließend die Frage gestellt, ob es in ihrer Firma ein solches „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ (formale Netzwerkfrage) gibt. Dies wurde lediglich von elf Personen (1,7% von 650) positiv beantwortet<sup>9</sup>. Darüber hinaus wurde danach gefragt, ob weitere Akteure ebenfalls Mitglied in diesem Netzwerk sind und um welche es sich dabei handelt. Die genannten Akteure werden mit der Anzahl ihrer Nennungen - trotz der geringen Anzahl der insgesamt angegebenen Netzwerke - in der folgenden Tabelle 13 abgebildet.

---

<sup>9</sup> Von den elf Personen haben sich 3 bereit erklärt, für ein detailliertes Interview zur Verfügung zu stehen. Eine weitere Person war weder unter der angegebenen Telefonnummer erreichbar, noch waren die erforderlichen Kontaktangaben nachrecherchierbar.

Auffällig ist dabei, dass kein einziger Akteur in jedem der genannten Netzwerke vertreten ist.

**Tabelle 13: Weitere Mitglieder der betrieblichen Netzwerke aus der Betriebsbefragung**

	Anzahl	%-Satz <sup>1</sup>
Schwerbehindertenvertretung	9	81,8%
Andere im Betrieb, wie z B Gesundheitszirkel, Arbeitsschutz	9	81,8%
Betriebsarzt	9	81,8%
Krankenkassen	8	72,7%
Berufsgenossenschaft	7	63,6%
Rentenversicherungsträger	4	36,4%
Hausärzte	3	27,3%
Betriebssozialarbeiter	3	27,3%
Orthopäden	1	9,1%
Örtliche Servicestelle	1	9,1%
Sonstige	1	9,1%

<sup>1</sup> Bezogen auf die insgesamt genannten elf Netzwerke

Eine wichtige Rolle nehmen offensichtlich die Schwerbehindertenvertretungen, die Betriebsärzte und weitere nicht genau spezifizierte innerbetriebliche Akteure (z. B. Mitarbeiter aus betrieblichen Gesundheitszirkeln und dem Arbeitsschutz) ein.

Insgesamt ist der wesentliche Nachteil der nur elf genannten Netzwerke, dass die hierzu vorliegende Datengrundlage kaum ausreicht, um quantitativ-empirisch begründete Unterschiede zwischen vernetzten und nicht vernetzten Betrieben herauszuarbeiten. Dies wäre aber nötig, um auf der Grundlage der beobachtbaren Unterschiede ein Netzwerkmodell beschreiben zu können. Deshalb erfolgen jetzt zunächst einige explorative Analysen der Zusammenhänge zwischen der Vernetzung und weiteren Variablen, um dann anschließend typische Merkmale eines vernetzten Betriebes zu skizzieren.

Die folgende Tabelle 14 zeigt, welchen Größenklassen die vernetzten Betriebe angehören.

**Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Netzwerkmitgliedschaft und Größenklassenzugehörigkeit**

		1 ja	2 nein/k.A.	Gesamt
1 bis 19 Beschäftigte	Anzahl	2	398	400
	Erwartete Anzahl	6,8	393,2	400,0
	Spalten-%	18,2%	62,3%	61,5%
2 50-199 Beschäftigte	Anzahl	1	199	200
	Erwartete Anzahl	3,4	196,6	200,0
	Spalten-%	9,1%	31,1%	30,8%
3 500 und mehr Beschäftigte	Anzahl	8	42	50
	Erwartete Anzahl	0,8	49,2	50,0
	Spalten-%	72,7%	6,6%	7,7%
Gesamt	Anzahl	11	639	650

Antworten auf die Frage: „Gibt es in ihrer Firma ein „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“?“

In den Zeilen „Erwartete Anzahl“ wird aufgeführt, wie viele vernetzte Betriebe in der jeweiligen Größenklasse erwartet werden könnten, wenn es keine Zusammenhänge zwischen der Größenklassenzugehörigkeit und der Netzwerkfrage gäbe. In der Spalte „Gesamt“ ist aufgeführt, dass die 400 Betriebe der Größenklasse 1 (bis 19 Mitarbeiter) 61,5% aller untersuchten Betriebe ausmachen. Dementsprechend wären in der Größenklasse 1 auch 61,5% aller vernetzten Betriebe (6,8) zu erwarten gewesen. Diese Zahl ist in der Zeile „Erwartete Anzahl“ aufgeführt. Stattdessen sind jedoch nur zwei der 400 Betriebe vernetzt. Die Differenz zwischen der Anzahl der erwarteten und beobachteten Betriebe zeigt, dass bei den Betrieben der Größenklasse 1 wesentlich weniger vernetzte Betriebe beobachtbar sind. Umgekehrt ist die Anzahl der vernetzten Betriebe in der Größenklasse 3 wesentlich höher, als dies zu erwarten war. Ein Zusammenhang zwischen der Größenklassenzugehörigkeit und der Vernetzung ist also plausibel.

Bei der Analyse der beiden vernetzten Betriebe aus der Größenklasse 1 zeigt sich, dass diese aus dem tertiären (Dienstleistungs-) Bereich stammen. Sie haben fünf bzw. sieben Mitarbeiter und sind als Arbeitsstätten nicht unabhängig, sondern Teil eines größeren Betriebes mit mehreren Arbeitsstätten. Nach Auskunft der Befragten werden die Mitarbeiter körperlich und auch psychisch wenig bis gar nicht belastet. Die Einschätzung der Mitarbeitergesundheit durch die Befragten ist „sehr gut“ bzw. „gut“, wobei die Firma auch großen Wert auf die Berücksichtigung der Gesundheit bei der Arbeitsgestaltung legt. Darüber hinaus werden Indikatoren psychosozialer Be- bzw. Entlastungsfaktoren<sup>10</sup> außerordentlich positiv beantwortet. Damit enden jedoch auch die auffälligen Gemeinsamkeiten der beiden vernetzten Betriebe. Es wird im weiteren Verlauf zu prüfen sein, ob diese Elemente wesentliche Bestandteile eines Vernetzungsmo-

<sup>10</sup> Die psychosozialen Be- und Entlastungsfaktoren werden im weiteren Verlauf noch genauer analysiert. Sie werden deshalb hier nicht weiter erläutert.

dells sein können, die dann auch bei den Firmen der Größenklasse 2 und 3 zu beobachten wären.

Zunächst jedoch zur Analyse eines wesentlichen Merkmals für Vernetzung, nämlich der Frage, ob zu möglicherweise relevanten Netzwerkpartnern überhaupt Kontakte bestehen und wie häufig diese Kontakte genutzt werden<sup>11</sup>.

Bei den Netzwerkpartnern wurden solche mit innerbetrieblicher Ausrichtung von denen mit außerbetrieblicher Ausrichtung unterschieden. In der folgenden Tabelle ist aufgeführt, wie häufig es diese Kontakte in den vergangenen zwölf Monaten gab.

**Tabelle 15: Kontakte zu potenziellen Netzwerkpartnern**

	Anzahl der Betriebe	Anteil an allen Betrieben in %
<b>Netzwerkpartner mit innerbetrieblicher Ausrichtung</b>		
- die eigenen Mitarbeiter	149	22,9
- der Betriebsarzt (mit zumindest halbjähriger Betreuung)	310	47,7
- Hausärzte der Mitarbeiter	48	7,4
- Orthopäden der Mitarbeiter	34	5,2
<b>Außerbetriebliche (potenzielle) Netzwerkpartner</b>		
- andere Betriebe in der Region	95	14,6
- Kammern/Innungen	17	2,6
- Krankenversicherungsträger/Krankenkasse	52	8,0
- Unfallversicherungsträger	70	10,8

Die Ergebnisse zeigen, dass weniger als 10% der Betriebe Kontakte zu Krankenversicherungsträgern (8%) und Hausärzten (7,4%) angeben. Selbst Kontakte zu Orthopäden der Mitarbeiter (5,2%) werden häufiger genannt als Kontakte zu Kammern/Innungen (2,6%).

Die wichtigste Rolle zum Aufbau eines Netzwerkes scheinen somit noch die Betriebsärzte einnehmen zu können, da zu diesen noch am häufigsten Kontakte bestehen (47,4% aller Betriebe geben diese an).

<sup>11</sup> Bezüglich der Mitarbeiter wurde danach gefragt, ob und wie häufig es in den vergangenen 12 Monaten betriebliche Veranstaltungen (z. B. Betriebsversammlung, Gesundheitstage etc) gegeben hat, bei denen Themen der Gesundheitsvorsorge Anlass und Inhalt dieser Veranstaltungen waren. Hier stand neben dem Thema auch der Bezug zur Gesamtbelegschaft im Vordergrund. Bezüglich der Kontakte zum Betriebsarzt wurde für die Auswertung berücksichtigt, ob es eine zumindest halbjährliche Betreuung gibt. Bei den anderen Kontaktpartnern wurde berücksichtigt, ob es entsprechende Kontakte in den vergangenen 12 Monaten überhaupt gab, bei denen Themen der Gesundheitsvorsorge eine spezifische Rolle spielten. Weitere wesentliche Kontaktpartner, wie z. B. Servicestellen konnten im Rahmen der Betriebsbefragung aus Platzgründen leider nicht berücksichtigt werden. Sie werden jedoch z.T. bei den anderen Befragungen berücksichtigt.

Um zu prüfen, wie viele simultane Kontakte zu den o.g. Kontaktpartnern bestehen, wurde der Summenwert<sup>12</sup> aus den einzelnen Kontaktangaben gebildet. Welche Summenwerte von wie vielen Betrieben erreicht werden, ist in der folgenden Tabelle 16 aufgeführt:

**Tabelle 16: Anzahl der Kontaktpartner der Betriebe**

Summenwert	Häufigkeit	Prozent
0	326	50,2
1	180	27,7
2	64	9,8
3	24	3,7
4	29	4,5
5	17	2,6
6	4	0,6
7	6	0,9
Gesamt	650	100,0

Das Ergebnis zeigt, dass die Hälfte der Betriebe (50,2%) keinen einzigen Kontaktpartner angibt, bei dem die systematische Gesundheitsvorsorge ein wesentlicher Grund für den Kontakt war. Lediglich 22,1% der Betriebe geben Kontakte zu mehr als einem potenziellen Netzwerkpartner an. Dies gibt einen Hinweis darauf, wie viel Entwicklungspotenzial aktuell gegeben ist. Darüber hinaus scheint angesichts der Daten die Frage berechtigt zu sein, wer denn der Kristallisationspunkt für den Aufbau eines Netzwerkes sein könnte, da die bestehenden Kooperationsstrukturen nur die Hälfte aller Betriebe erreichen und deshalb offensichtlich nicht für die Systematisierung der Gesundheitsvorsorge genutzt werden können.

Abschließend wird geprüft, welche Zusammenhänge es zwischen der Antwort auf die „formale Netzwerkfrage“ und den Angaben zu potenziellen Netzwerkpartnern gibt. Von den elf Befragten Personalverantwortlichen gibt lediglich einer an, zu keinem einzigen der genannten potenziellen Netzwerkpartner Kontakt zu haben. Das Zusammenhangsmaß zwischen den Antworten auf beide Items ist zwar nur niedrig, aber hochsignifikant von Null verschieden<sup>13</sup>. Insofern scheinen Kontakte zu potenziellen Netzwerkpartnern ein wesentlicher Bestandteil von Netzwerken zu sein<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Reliabilitätsanalyse unter Verwendung von Chronbachs Alpha = .609

<sup>13</sup>  $r=.108$ ;  $p<.006$ , zweiseitige Fragestellung

<sup>14</sup> Dies scheint nur auf den ersten Blick trivial. So wurde im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherchen zwar häufig festgestellt, dass der Begriff des Netzwerkes verwendet wird. Es fehlen jedoch häufig Angaben darüber, ob an dem genannten Netzwerk außer dem Initiator mehr als ein weiterer Partner beteiligt ist, wie häufig zu diesen Partnern Kontakte bestehen und wie regelmäßig diese sind.

### 6.1.1.2 Mitarbeiterbefragung

Bei der Mitarbeiterbefragung wurde zur Hinleitung auf die formale Netzwerkfrage ebenfalls danach gefragt, ob sie einmal etwas von einem „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ gehört haben. 203 der 1000 Befragten (20,3%) bejahten diese Frage. Ob es in ihrer Firma ein solches Netzwerk zur Gesundheitsförderung gibt, bejahten 3,1% (31 von 1000) der Befragten. Nach ihren Angaben gehören die hier aufgeführten Partner noch zu diesem betrieblichen Netzwerk:

**Tabelle 17: Mitarbeiterbefragung: Mitglieder im formalen Netzwerk**

	Anzahl der Ja-Nennungen	%-Satz <sup>1</sup>
Betriebsarzt	25	80,6%
Betriebsrat	24	77,4%
Schwerbehindertenvertretung	21	67,7%
Berufsgenossenschaft	19	61,3%
Krankenkassen	19	61,3%
Betriebssozialarbeiter	13	41,9%
Rentenversicherungsträger	12	38,7%
Andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc.	11	35,5%
Hausärzte	5	16,1%
Örtliche Servicestelle	4	12,9%
Orthopäden	2	6,5%
Sonstige	1	3,2%

<sup>1</sup> Bezogen auf alle 31 genannten Netzwerken bzw. Personen

Die Daten zeigen, dass der bzw. ein Betriebsarzt noch am häufigsten (80,6%) ein Mitglied dieses Netzwerkes ist, weil dieser von 25 Befragten genannt wurde. Darüber hinaus wird noch der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung von 24 bzw. 21 Befragten als Netzwerkmitglied genannt. Die anderen Akteure nehmen in ihrer Bedeutung z. T. erheblich ab.

Dennoch ist - wie auch schon bei der Betriebsbefragung - auch diese Zahl von 31 Mitarbeitern aus formal vernetzten Betrieben nur begrenzt geeignet, empirisch begründete Unterschiede zwischen vernetzten und nicht vernetzten Betrieben herauszuarbeiten. Hierfür ist deren Zahl zu begrenzt<sup>15</sup>. Darüber hinaus konnten keine größenklassenspezifischen Analysen durchgeführt werden, da entsprechende Informationen nicht vorlagen.

Zum Themengebiet der Kontakte zu möglichen Netzwerkpartnern wurden Fragen dazu gestellt, wie häufig es Kontakte zu Betriebsärzten, Hausärzten und Orthopäden gab und wie diese charakterisiert werden können.

<sup>15</sup> vgl. zu dieser Problematik auch ein Beispiel in Anhang 9

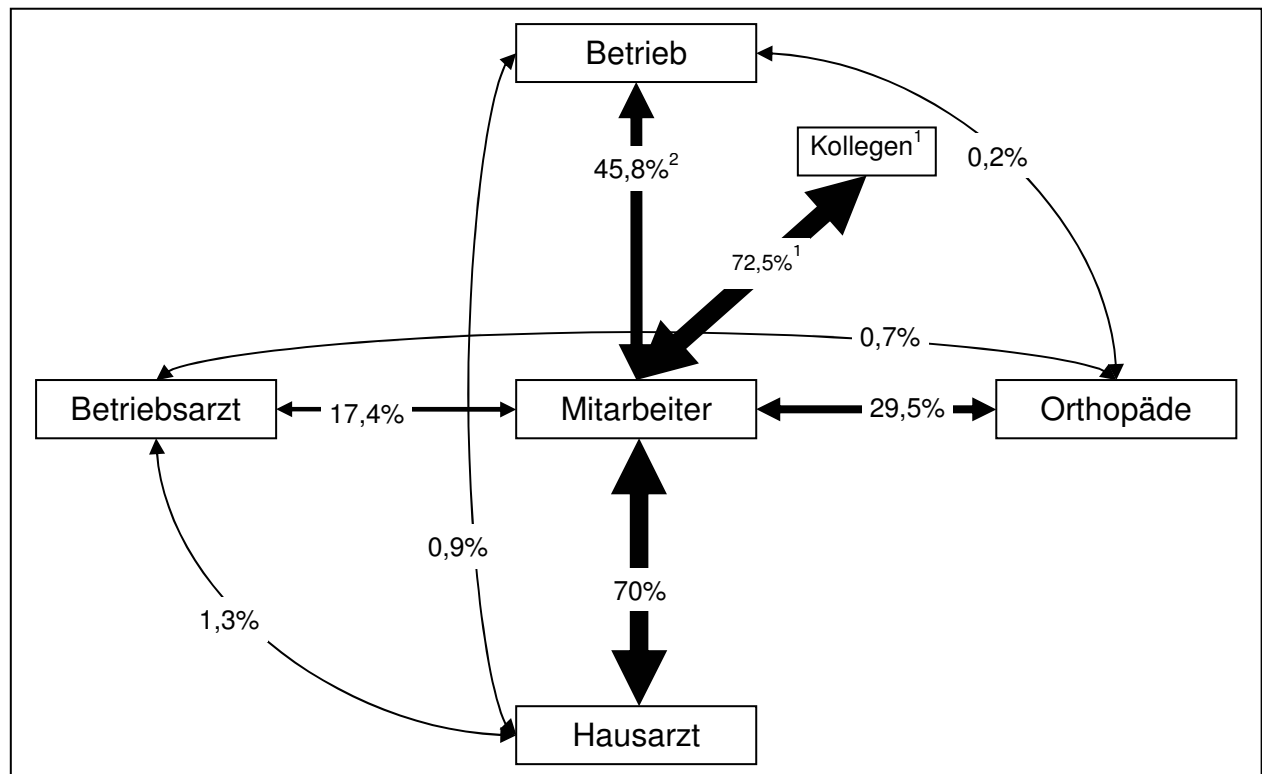
Die Mitarbeiter wurden befragt, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte zu ihrem Betriebsarzt hatten und dabei Dinge bezüglich ihrer Gesundheit besprochen haben. 17,4% der Befragten bejahten diese Frage. Nur 49 Personen gaben an, dass ein möglicher Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitszustand und der Arbeitstätigkeit thematisiert wurde. Von 36 Personen erfolgte diese Thematisierung auf Grund der eigenen Initiative.

70% der Befragten waren in demselben Zeitraum zumindest einmal bei ihrem Hausarzt. Von diesen 700 Beschäftigten haben 295 mit ihrem Hausarzt darüber gesprochen, dass ihre Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit der Arbeitstätigkeit in Verbindung stehen könnten. Davon gaben 188 an, dass die Initiative hierzu von ihnen selbst ausgegangen sei. Nur 71 geben an, dass die Initiative vom Hausarzt ausging.

29,5% der Befragten waren in den letzten zwölf Monaten bei einem Orthopäden in Behandlung. 151 (15,1%) haben einen möglichen Zusammenhang der Erkrankung mit der Arbeitstätigkeit thematisiert, wobei 97 angaben, dass die Initiative zur Thematisierung von ihnen selbst ausgegangen sei.

Der Kontaktpfad zum Betrieb wird hier durch den Prozentsatz derjenigen Personen repräsentiert, die in den vergangenen zwölf Monaten zumindest einen Vorschlag zur Optimierung der Arbeitsgestaltung und Verbesserung der Gesundheitsförderung oder zur Verringerung von Risiken durch die Arbeit gemacht haben. Bezüglich der Kollegen wurde danach gefragt, ob es Gespräche darüber gegeben hat, wie man die Arbeitsbedingungen positiv/gesundheitsförderlich verändern könnte.

In der folgenden Abbildung 1 werden die Kontaktpfade nochmals grafisch dargestellt.

**Abbildung 1: Mitarbeiterbefragung: Kontaktpfade in den verg. zwölf Monaten (N=1000)**

Aufgeführt ist der Prozentsatz der „ja“-Antworten auf die Frage, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten mit dem Betriebsarzt Dinge bezüglich ihrer Gesundheit besprochen haben bzw. bei einem Hausarzt oder Orthopäden in Behandlung waren. Darüber hinaus wurde gefragt, ob es jemals Kontakte zwischen den anderen oben aufgeführten Beteiligten gab.

<sup>1</sup> Gespräche mit Kollegen darüber, wie man Arbeitsbedingungen positiv/gesundheitsförderlich verändern könnte

<sup>2</sup> Vorschläge zur Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung oder zur Verringerung von Risiken

Zusammengefasst gibt es die häufigsten Kontakte zum eigenen Hausarzt und danach zum Orthopäden und zum Betriebsarzt. Dass während dieser Kontakte ein möglicher Zusammenhang zwischen der eigenen Gesundheit und der Arbeitstätigkeit thematisiert wurde, wird von weniger als der Hälfte der Befragten angegeben. Die Initiative hierzu ging dabei nach Angabe der Befragten überwiegend von ihnen selbst aus.

Eine wesentliche Rolle zur positiven Beeinflussung der Arbeitsbedingungen im Rahmen von Vernetzungsaktivitäten können die Kontakte zu den Kollegen und „zum Betrieb“ einnehmen: Hier geben 42,5% bzw. 45,8% der Befragten an, dass es entsprechende Gespräche gegeben hat oder Verbesserungsvorschläge gemacht wurden.

### 6.1.1.3 Betriebsarztbefragung

Die Auswertung der Betriebsarztbefragung zeigt, dass 47,3% (261 von 552) der Betriebsärzte einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung/Rehabilitation gehört haben, an dem auch Betriebe beteiligt sind. Diese Quote liegt mehr als doppelt so hoch, wie die Quoten bei der Betriebs- und der Mitarbeiterbefragung. 104 (18,8%)



bejahen die Frage, ob sie selbst Mitglied in einem solchen Netzwerk (formale Netzwerkfrage) sind.

In der folgenden Tabelle ist aufgelistet, wer über den Betriebsarzt hinaus Mitglied in diesem Netzwerk ist:

**Tabelle 18: Betriebsarztbefragung: Mitglieder des betrieblichen Netzwerkes**

	Anzahl der Ja-Nennungen	%-Satz <sup>1</sup>
Betriebsrat	94	94,0%
andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc.	85	90,4%
Krankenkassen	81	86,2%
Schwerbehindertenvertretung	70	76,1%
Berufsgenossenschaften	64	77,1%
andere Betriebsärzte	57	70,4%
Betriebssozialarbeiter	56	67,5%
Rentenversicherungsträger	26	36,1%
Sonstige	19	18,3%
Örtliche Servicestelle	17	26,2%
Hausärzte	16	24,6%
Orthopäden	16	23,5%

<sup>1</sup> Bezogen auf alle 104 genannten Netzwerken bzw. Personen.

Weil die Anzahl und die Quote der vernetzten Betriebsärzte wesentlich höher ist, als die Anzahl und Quote der Betriebe und Mitarbeiter mit einem Netzwerk, können Untersuchungen darüber angestellt werden, welche Zusammenhänge es zwischen der Vernetzung und anderen Variablen gibt.

Zunächst wurde die „Personen-Variable“ „Dauer der Berufstätigkeit als Betriebsarzt“ untersucht. Die statistische Prüfung ergab, dass diese möglichen Zusammenhänge nicht gesichert nachweisbar sind. Interessant ist jedoch, dass bei dem Vergleich der verschiedenen Gruppen mit unterschiedlicher Berufserfahrung<sup>16</sup> die Betriebsärzte, die bis zu zehn Jahren Berufstätig sind, auffällig häufiger (Netzwerkquote 24,1%) in einem Netzwerk sind, als die anderen Berufserfahrungs-Gruppen. Die folgende Tabelle weist dies aus:

---

<sup>16</sup> Hierzu wurden Quartilsgruppen gebildet, die jeweils eine vergleichbare Gruppengröße umfassen.

**Tabelle 19: Betriebsarztbefragung: Zusammenhang zwischen Netzwerkmitgliedschaft und Dauer der Berufstätigkeit als Betriebsarzt**

		bis 10 Jahre	11-16 Jahre	17-21 Jahre	22 und mehr Jahre	Gesamt
Ja, bin Mitglied	Anzahl	34	27	22	21	104
	Erw. Anzahl	26,6	29,6	22,8	25,1	104,0
	Spalten-%	24,1%	17,2%	18,2%	15,8%	18,8%
Nein, bin kein Mitglied	Anzahl	38	43	35	41	157
	Erw. Anzahl	40,1	44,7	34,4	37,8	157,0
	Spalten-%	27,0%	27,4%	28,9%	30,8%	28,4%
Noch nichts von einem solchen Netzwerk gehört	Anzahl	69	87	64	71	291
	Erw. Anzahl	74,3	82,8	63,8	70,1	291,0
	Spalten-%	48,9%	55,4%	52,9%	53,4%	52,7%
Gesamt	Anzahl	141	157	121	133	552
	Erw. Anzahl	141,0	157,0	121,0	133,0	552,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Als weiterer Personenvariable wurde die Form der betriebsärztlichen Tätigkeit geprüft. Die höchsten Netzwerkquoten mit 30,2% erreichen die Betriebsärzte, die in einem Betrieb fest angestellt bzw. fester Mitarbeiter des Betriebes sind. Unter dem Durchschnitt von 18,8% liegen die in einem Arbeitsmedizinischen Zentrum angestellten (16,1%) sowie als Selbständige tätige (7,3%). Darüber hinaus liegen die wenigen (n=15) in anderen Organisationen Angestellten mit 20% leicht über dem Durchschnitt. Dieser Prozentsatz ist allerdings als vergleichsweise unsicher einzustufen.

Statistisch gesicherte Unterschiede werden auch beobachtbar, wenn man den Zusammenhang zwischen der Netzwerkzugehörigkeit und der Anzahl der betreuten Betriebe untersucht. Diejenigen Betriebsärzte, die bis zu drei (22,3%) bzw. zwischen vier und zehn Betrieben (20,6%) betreuen, weisen höhere Netzwerkquoten auf als diejenigen, die 11-30 (17,2%) bzw. mehr als 30 Betriebe (12%) betreuen.

Hochsignifikante Zusammenhänge<sup>17</sup> sind auch zwischen der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk und der Anzahl der insgesamt betreuten Beschäftigten beobachtbar: Die beiden Quartilsgruppen mit mehr als 3100 Beschäftigten weisen mit rund 25% Netzwerkquote wesentlich höhere Quoten auf als die Betriebsärzte mit bis zu 1600 (11,5%) bzw. zwischen 1600 und 3100 Beschäftigten (14,8%) .

Vergleichbare Ergebnisse<sup>18</sup> werden auch bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten in den betreuten Betrieben erzielt. Bei den Betriebsärzten, deren durchschnittliche Betriebsgröße bis zu 80 Beschäftigten ist, liegt die Netzwerkquote bei 8,5%.

<sup>17</sup>  $r=.162$ ;  $p<.000$

<sup>18</sup>  $r=.169$ ;  $p<.000$

Diese Quote steigt auf 25,4% bei durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen von mehr als 894.

Keine signifikanten Unterschiede sind beobachtbar zwischen denjenigen Betriebsärzten, die bei ihren betreuten Betrieben auch solche aus dem Öffentlichen Dienst haben (20,1%) bzw. nicht haben (17,3%) .

Nachdem die wesentlichen Einflussvariablen auf den Vernetzungsgrad beschrieben und quantifiziert wurden, werden jetzt die Vernetzungs-/Kontaktpfade zu den im Projektzusammenhang primär relevanten Netzwerkpartnern aufgeführt und untersucht.

Bezüglich der Kontakte zu den Mitarbeitern in den betreuten Betrieben wurden drei Indikatoren verwendet:

1. Wie oft die Betriebsärzte mit ihren betrieblichen Patienten über gesundheitsfördernde Maßnahmen sprechen. 83,5% der Befragten geben an, dass sie „häufig“ oder „sehr häufig“<sup>19</sup> darüber sprechen. Systematische Zusammenhänge zwischen dem Indikator und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk konnten nicht eindeutig festgestellt werden.

2. Wie oft die Betriebsärzte mit ihren betrieblichen Patienten darüber sprechen, dass es einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der Arbeitstätigkeit geben könnte. Dies wird von 67,3% der Befragten mit „häufig“ oder „sehr häufig“ angegeben. Hier konnten systematische Zusammenhänge zur Netzwerkzugehörigkeit ebenfalls nicht eindeutig festgestellt werden.

3. Ob vom Betriebsarzt besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten werden. Dies wird von 75,2% bejaht. Unterschiede im Antwortverhalten sind v. a. beobachtbar zwischen Netzwerkmitgliedern und solchen Betriebsärzten, die noch nie etwas von einem betrieblichen Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört haben. Netzwerkmitglieder sind auffällig selten bei denen anzutreffen, die keine besonderen Maßnahmen durchführen.

Bezüglich der Kontakte zu den Betrieben wurde danach gefragt, wie häufig in den vergangenen zwölf Monaten „Konzeptgespräche“ mit Vertretern der Betriebe geführt wurden, bei denen es um die Abstimmung der Maßnahmen einer systematischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gegeben hat, um entsprechende Konzepte zu entwickeln. Hierzu sollten die Befragten die Anzahl dieser Gespräche eintragen.

---

<sup>19</sup> Es konnte aus fünf Antwortalternativen die zutreffende ausgewählt werden: „nie“, „selten“, „gelegentlich“, „häufig“ und „sehr häufig“

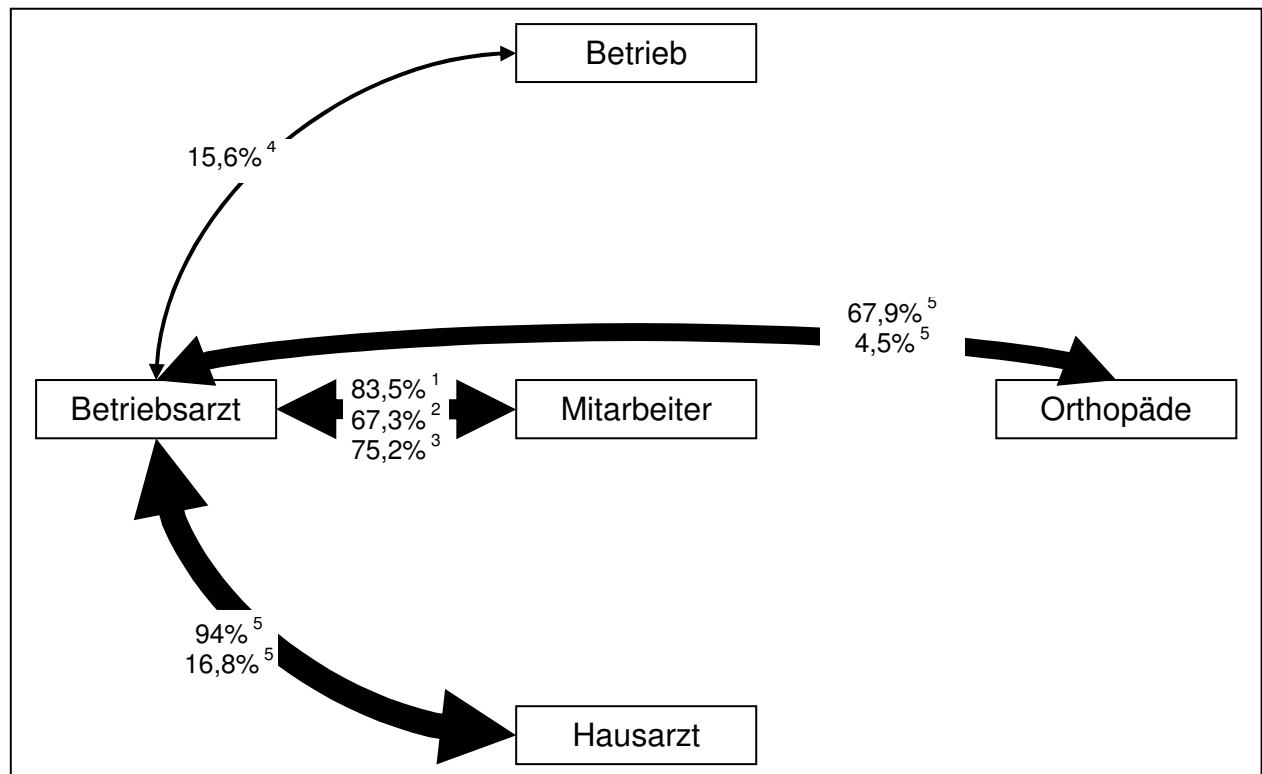
Der Antwortrange reicht von Null bis zu 200 Gesprächen mit einem Median von drei Gesprächen. 75% aller Befragten haben neun oder weniger „Konzeptgespräche“ durchgeführt und weitere 15,6% haben zwölf oder mehr Gespräche durchgeführt. Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Anzahl der Konzeptgespräche und der Netzwerkmitgliedschaft zeigt hochsignifikante Zusammenhänge<sup>20</sup> auf. Dies zeigt, dass die Führung von Konzeptgesprächen offensichtlich ein wesentliches Bestimmungsstück für eine Netzwerkzugehörigkeit ist: Diejenigen, die einem Netzwerk angehören, gehören eher zu der Gruppe der Betriebsärzte, die viele Konzeptgespräche durchführen.

Bezüglich der Kontakte zu Hausärzten und Orthopäden konnte angegeben werden, wie oft es in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte gegeben hat, bei denen bestimmte Erkrankungen der berufstätigen Patienten und mögliche Zusammenhänge mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurde. 94% der Befragten geben Kontakte zu Hausärzten an, wobei 16,8% diese mit „häufiger als 25-mal“ quantifizieren. Zu Orthopäden werden von 67,9% Kontakte angegeben, wobei die Kategorie „häufiger als 25-mal“ von 4,5% angekreuzt wird.

In der folgenden Abbildung 2 werden die Kontaktpfade visualisiert.

---

<sup>20</sup> Dies wurde mit der Kruskal-Wallis Rangvarianzanalyse überprüft:  $\chi^2=27,1$ ;  $p < .000$

**Abbildung 2: Betriebsarztbefragung: Kontaktpfade (N=552)**

<sup>1</sup> „Häufige“ bzw. „sehr häufige“ Gespräche mit betrieblichen Patienten über gesundheitsfördernde Maßnahmen

<sup>2</sup> „Häufige“ bzw. „sehr häufige“ Gespräche über einen möglichen Zusammenhang zwischen Beschwerden und Arbeitstätigkeit

<sup>3</sup> Anteil der Betriebsärzte, die besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben anbieten

<sup>4</sup> Anteil der Betriebsärzte, die in den vergangenen zwölf Monaten zwölf oder mehr „Konzeptgespräche“ mit Betriebsvertretern zur Abstimmung einer systematischen Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsprävention geführt haben.

<sup>5</sup> Anteil der „ja-“ bzw. „mehr als 25 mal-“ Antwortkategorie bezüglich der Kontakte zu ... und Thematisierung des möglichen Zusammenhangs zwischen Beschwerden und Arbeitstätigkeit in den vergangenen zwölf Monaten

#### 6.1.1.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte

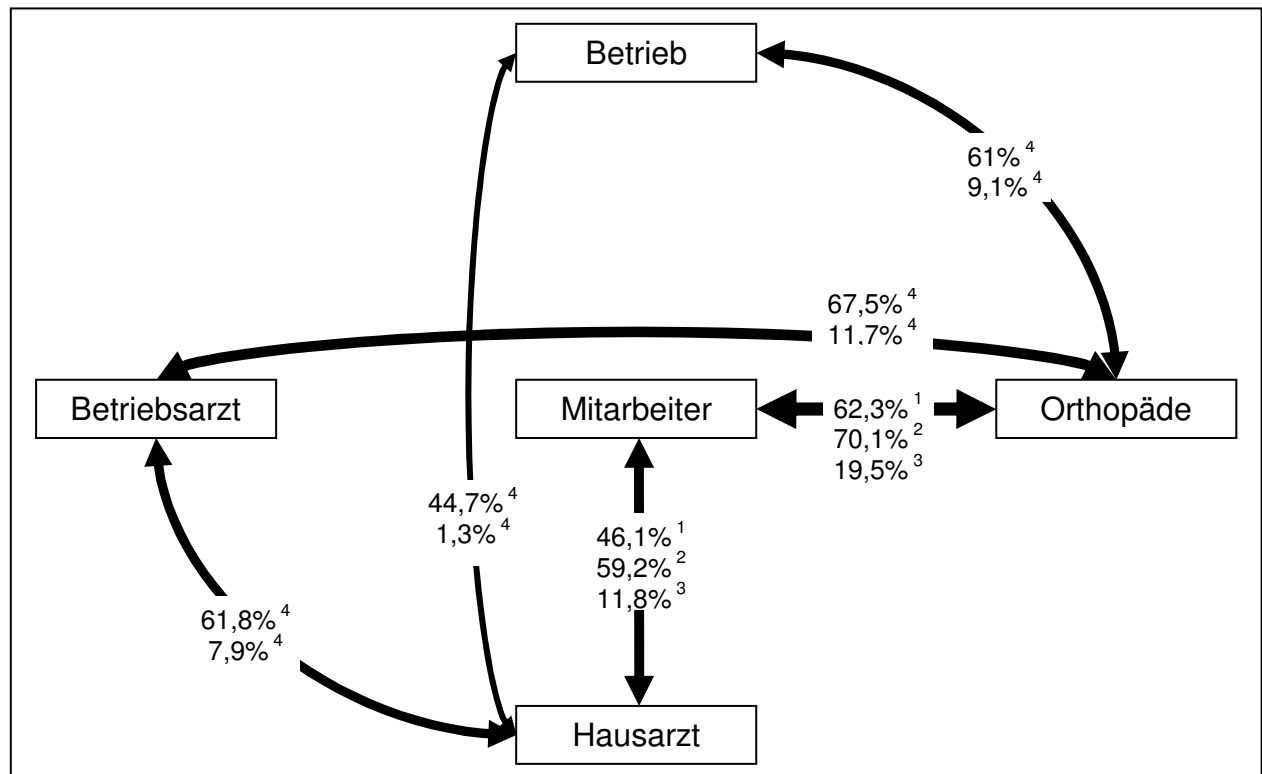
26,8% der befragten niedergelassenen Ärzte (41 von 153) geben an, bereits einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört zu haben. Allerdings bezeichnen sich nur 2,6% (n=4!) als Mitglied in einem solchen Netzwerk. Wegen dieser geringen Quote und v. a. wegen der geringen absoluten Anzahl müssen weitere Analysen zur Netzwerkmitgliedschaft unterbleiben.

Was die anderen Mitglieder in diesen vier Netzwerken angeht, so werden diese bei der zusammenfassenden Analyse der vier Befragten Gruppen berücksichtigt.

Bezüglich der Kommunikation/Zusammenarbeit wurden wiederum die Kontaktpfade zu den anderen Befragten Gruppen analysiert. Die Ergebnisse zeigen wiederum, dass Kontakte zu den anderen Befragten Gruppen zwar überwiegend bestehen, die Anzahl dieser Kontakte jedoch nur als gering eingeschätzt werden können. Dies ist v. a. damit zu begründen, dass bei einer intensiven Zusammenarbeit die Kontakte zur Vielzahl der

potenziellen Betriebe und Betriebsärzte wesentlich höher eingeschätzt werden müssten. In der folgenden Abbildung 3 wird dies grafisch dargestellt.

**Abbildung 3: Befragung der niedergelassenen Ärzte (N=153)**



<sup>1</sup> „Häufige“ bzw. „sehr häufige“ Angebote gesundheitsfördernder Maßnahmen an betriebliche Patienten  
<sup>2</sup> „Häufige“ bzw. „sehr häufige“ Gespräche über einen möglichen Zusammenhang zwischen Beschwerden und Arbeitstätigkeit  
<sup>3</sup> Anteil der Betriebsärzte, die besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben anbieten  
<sup>4</sup> Anteil der „ja-“ bzw. „häufiger als 10 mal“-Antworten von Ärzten, die in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte zu ... hatten, bei denen die Gesundheitsförderung der betrieblichen Patienten thematisiert wurde.

**Zusammenfassung der Ergebnisse aus den vier Befragengruppen**

In der folgenden Tabelle 20 werden die Ergebnisse zu den Netzwerkkenntnissen und der Netzwerkmitgliedschaft für alle vier Befragengruppen zusammengefasst.

**Tabelle 20: Kenntnis und Zugehörigkeit zu einem Netzwerk (alle Befragengruppen)**

	Anteil der „ja“-Antworten in %					Betriebs- ärzte
	Betriebe	Mitar- beiter	Niedergel. Ärzte			
			Prakt. Ärzte	Ortho- päde	Summe	
Haben Sie schon einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört?	20,2	20,3	22,4	31,2	26,8	47,3
Gibt es in ihrer Firma ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung?/ Sind sie selbst Mitglied in einem solchen Netzwerk?	1,7	3,1	1,3	3,9	2,6	18,8
N=	650	1000	76	77	153	552

Die folgende Analyse fasst die Ergebnisse zu den übrigen Netzwerkmitgliedern zusammen. Diese bezieht sich jedoch nur auf die (geringe Anzahl der) angegebenen Netzwerke. Um die Einzelergebnisse aus den vier Befragungsgruppen zusammenfassen zu können, wurden die Netzwerkmitgliedschaften der anderen genannten Akteure mit der Stichprobengröße der Befragtengruppe und der relativen Netzwerkhäufigkeit in dieser Befragtengruppe gewichtet und so Mittelwerte generiert, die in der folgenden Tabelle aufgeführt sind. Die Daten zeigen, welche Akteure „häufig“ oder „selten“ Mitglieder in den genannten Netzwerken sind.

**Tabelle 21: Quoten der Netzwerkmitgliedschaft der anderen Akteure**

	gewichtete Netzwerkquote
Betriebsrat	89,88%
Krankenkassen	83,76%
Gesundheitszirkel, Arbeitsschutz	79,34%
Berufsgenossenschaft	74,15%
Betriebsarzt	72,80%
Schwerbehindertenvertretung	70,39%
Betriebssozialarbeiter	60,14%
Rentenversicherungsträger	37,81%
Orthopäden	28,18%
Hausärzte	23,81%
Örtliche Servicestelle	23,41%
Sonstige	16,59%

Insgesamt stellt also damit das Bestehen bzw. die Zugehörigkeit eines Netzwerkes ein seltenes Ereignis dar. Lediglich die Betriebsärzte erreichen mit einer Netzwerkquote von 18,8% das höchste Ergebnis.

Wenn es jedoch Netzwerke gibt, dann sind Vertreter des Betriebsrates, der Krankenkassen und andere betriebliche Akteure relativ häufig Mitglieder dieses Netzwerkes. Selten sind dagegen Netzwerkmitglieder Vertreter der örtlichen Servicestelle, Hausärzten und Orthopäden.

## **6.1.2 Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden?**

### **6.1.2.1 Betriebsbefragung**

Die 650 Betriebe bzw. deren Personalverantwortliche wurden danach befragt, ob sie eine betriebsärztliche Betreuung haben (vgl. Tabelle 22) und in welcher Form diese organisiert wird (vgl. Tabelle 23).

**Tabelle 22: Überblick über die betriebsärztliche Betreuung in den Betrieben**

Betriebsärztliche Betreuung?		Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)			Gesamt
		1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (500 und mehr)	
Ja, gibt es	Anzahl	107	156	47	310
	Spalten-%	26,8%	78,0%	94,0%	47,7%
Nein, gibt es nicht	Anzahl	292	44	3	339
	Spalten-%	73,0%	22,0%	6,0%	52,2%
keine Angabe	Anzahl	1	0	0	1
	Spalten-%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%
Gesamt	Anzahl	400	200	50	650
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Tabelle zeigt, dass es sehr stark von der Größe des Betriebes abhängig ist, ob es eine betriebsärztliche Betreuung gibt bzw. die Befragten davon berichten. Dies war jedoch auch angesichts der berufsgenossenschaftlichen Vorgaben so zu erwarten. Überraschend ist, dass in den Größenklassen 2 und 3 überhaupt Betriebe genannt werden, für die keinerlei betriebsärztliche Betreuung angegeben wird. Um zu erfahren, ob es sich hierbei um bestimmte Branchen handelt, wurde eine weitere Sonderauswertung durchgeführt. Sie zeigt, dass es vier besonders auffällige Branchen gibt: Im „Verarbeitenden Gewerbe“ und in der Branche „Verkehr u. Nachrichtenübermittlung“ ist die Betreuung überwiegend gegeben bzw. statistisch auffällig häufig, wogegen in den Branchen „Kredit- und Versicherungsgewerbe“ sowie der „Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung“ die Betreuung besonders häufig fehlt.

Die folgende Tabelle 23 spezifiziert die Art der betriebsärztlichen Betreuung genauer.



**Tabelle 23: Art der betriebsärztlichen Betreuung in den Betrieben**

		Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)			Gesamt
		1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (500 und mehr)	
Der BA ist Angestellter / Mitarbeiter der Firma	Anzahl	2	4	6	12
	Spalten-%	1,9%	2,6%	12,8%	3,9%
Die Betr. wird durch ein AMZ sichergestellt	Anzahl	58	93	18	169
	Spalten-%	54,2%	59,6%	38,3%	54,5%
Der BA ist selbständig	Anzahl	46	57	22	125
	Spalten-%	43,0%	36,5%	46,8%	40,3%
keine Angabe	Anzahl	1	2	1	4
	Spalten-%	,9%	1,3%	2,1%	1,3%
Gesamt	Anzahl	107	156	47	310
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

BA = Betriebsarzt; AMZ = Arbeitsmedizinisches Zentrum

Die Daten zeigen, dass die Betreuung durch Betriebsärzte in Arbeitsmedizinischen Zentren und durch Selbständige in etwa gleich häufig ist. Die Daten zu den in den Firmen angestellten Betriebsärzten bleiben angesichts der geringen Häufigkeit schwierig interpretierbar: Einerseits ist auffällig, dass zwei Betriebsärzte in der Größenklasse 1 in der jeweiligen Firma fest angestellt sind. Hierbei wäre es durchaus denkbar, dass es sich um einen Befragungsartefakt handelt oder z. B. um einen „Teilzeitarzt“, der zwar über einen Arbeitsvertrag als Mitarbeiter, jedoch mit verringertem Stundenumfang, handelt. Letztendlich lässt sich dies auf der Grundlage der Daten nicht entscheiden. Andererseits wurden angestellte Betriebsärzte in der Größenklasse 3 durchaus häufiger erwartet.

In der folgenden Tabelle 24 wird spezifiziert, wie oft der Betriebsarzt im Betrieb ist. Die Tabelle zeigt die Antworten aller Befragten, die eine betriebsärztliche Betreuung bejaht haben (Spalte „Gesamt“) und zusätzlich die größenklassenspezifischen Antworten.

**Tabelle 24: Anwesenheit des Betriebsarztes im Betrieb**

		Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)			Gesamt
		1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (500 und mehr)	
1 Täglich	Anzahl	3	1	4	8
	Erwartete Anzahl	2,8	4,0	1,2	8,0
	Spalten-%	2,8%	,6%	8,5%	2,6%
2 Wöchentlich	Anzahl	0	2	26	28
	Erwartete Anzahl	9,7	14,1	4,2	28,0
	Spalten-%	,0%	1,3%	55,3%	9,0%
3 Monatlich	Anzahl	3	15	7	25
	Erwartete Anzahl	8,6	12,6	3,8	25,0
	Spalten-%	2,8%	9,6%	14,9%	8,1%
4 Vierteljährlich	Anzahl	9	52	5	66
	Erwartete Anzahl	22,8	33,2	10,0	66,0
	Spalten-%	8,4%	33,3%	10,6%	21,3%
5 Halbjährlich	Anzahl	15	37	3	55
	Erwartete Anzahl	19,0	27,7	8,3	55,0
	Spalten-%	14,0%	23,7%	6,4%	17,7%
6 Jährlich	Anzahl	44	33	1	78
	Erwartete Anzahl	26,9	39,3	11,8	78,0
	Spalten-%	41,1%	21,2%	2,1%	25,2%
7 Weniger als einmal im Jahr	Anzahl	33	13	1	47
	Erwartete Anzahl	16,2	23,7	7,1	47,0
	Spalten-%	30,8%	8,3%	2,1%	15,2%
8 Weiß nicht	Anzahl	0	3	0	3
	Erwartete Anzahl	1,0	1,5	,5	3,0
	Spalten-%	,0%	1,9%	,0%	1,0%
Gesamt (Betriebe mit Betreuung)	Anzahl	107	156	47	310
	Erwartete Anzahl	107,0	156,0	47,0	310,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Antworten auf die Frage „Können Sie angeben, wie oft der Betriebsarzt in etwa in ihrem Betrieb ist?“

Die Daten zeigen, dass es im Wesentlichen von der Größe des Betriebes abhängt, wie oft bzw. in welchem Turnus der Betriebsarzt im Betrieb anwesend ist. Im Detail fällt auf, dass in der Größenklasse 1 (bis zu 19 Mitarbeiter) von einer zumindest monatlichen Anwesenheit des Betriebsarztes lediglich aus sechs Betrieben (= 5,6% aller Betriebe mit Betreuung) berichtet wird. Andererseits berichten 71,9% aller Betriebe mit Betreuung davon, dass der Betriebsarzt lediglich jährlich oder noch seltener im Betrieb anwesend ist. Dies verdeutlicht nochmals die relativ geringe Bedeutung der betriebsärztlichen Betreuung in kleineren Betrieben.

Die Daten für die untersuchten Betriebe und deren Mitarbeiter werden in der folgenden Tabelle 25 zusammenfassend dargestellt. Hierbei wurden auch diejenigen Betriebe mitberücksichtigt, die angaben, nicht betriebsärztlich betreut zu werden.

**Tabelle 25: Differenzierung betriebsärztlicher Betreuung der untersuchten Betriebe und Mitarbeiter**

	Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)		
	1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (500 und mehr)
Betriebe mit zumindest monatlicher Betreuung	1,50%	9,14%	74,00%
Betriebe, die eine viertelj. oder halbj. Betreuung haben	6,02%	45,18%	16,00%
Betriebe mit einer jährlichen oder selteneren Betreuung	19,30%	23,35%	4,00%
Betriebe ohne Betreuung	73,18%	22,34%	6,00%
Mitarbeiter mit zumindest monatlicher Betreuung	1,73%	9,47%	91,27%
Mitarbeiter mit einer viertelj. oder halbj. Betreuung	8,56%	48,75%	6,19%
Mitarbeiter mit einer jährlichen oder selteneren Betreuung	21,41%	21,56%	0,67%
Mitarbeiter ohne Betreuung	68,31%	20,21%	1,87%

Aus diesen Daten lässt sich eine Schätzung über den Stand der betriebsärztlichen Betreuung in Deutschland erstellen. Hierzu wurden die von uns repräsentativ ermittelten Daten in den einzelnen Größenklassen auf den Gesamtbestand aller Betriebe in Deutschland hochgerechnet. Die Grundlagen bilden dabei Daten der Bundesagentur für Arbeit, die zum Zeitpunkt des 30.6.2002 Angaben über die Anzahl der Betriebe und deren Beschäftigte in äquivalenten Größenklassen macht<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> <http://www1.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/aktuell/iiia6/sozbe/betriebebed.xls> vom 11.02.2004

**Tabelle 26: Hochrechnung der betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und Mitarbeitern in Deutschland**

	Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)		
	1 (bis 19)	2 (50-199)	3 (500 und mehr)
Hochrechnung der Betriebe in Deutschland, die eine ...			
... zumindest monatliche Betreuung haben	28.673	6.298	3.658
... vierteljährliche oder halbjährliche Betreuung haben	114.691	31.140	791
... jährliche oder seltenere Betreuung haben	367.968	16.095	198
... keine Betreuung haben	1.395.411	15.395	297
Summe der Betriebe	1.906.743	68.927	4.943
Hochrechnung der Mitarbeiter in Deutschland, die eine ...			
... zumindest monatliche Betreuung haben	132.802	597.993	5.425.444
... vierteljährliche oder halbjährliche Betreuung haben	658.360	3.079.286	367.928
... jährliche oder seltenere Betreuung haben	1.647.312	1.361.955	39.776
... keine Betreuung haben	5.255.577	1.276.754	111.373
Summe der Mitarbeiter	7.694.051	6.315.988	5.944.521

Demnach verfügen von den rund 1,9 Mio. Betrieben mit bis zu 19 Beschäftigten lediglich knapp 29.000 über eine zumindest monatliche Anwesenheit des Betriebsarztes; jedoch werden rund 370.000 nur „jährlich“ oder noch seltener und 1,4 Mio. gar nicht besucht.

Bezogen auf die Beschäftigten bedeutet dies, dass von den 7,7 Mio. in der Größenklasse 1 Beschäftigten 5,3 Mio. gar nicht und 1,6 Mio. nur jährlich oder noch seltener betreut werden. Ganz anders verhält es sich in den Größenklassen 2 und 3. Dies kann so erklärt werden, dass die Anzahl der Betriebe weitaus geringer ist und gleichzeitig durch deren größere Beschäftigtenzahl mit der Betreuung bereits von wenigen Betrieben viele Beschäftigte erreicht werden können.

### 6.1.2.2 Mitarbeiterbefragung

Die Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung bezüglich der betriebsärztlichen Versorgung sind mit denen aus der Betriebsbefragung grundsätzlich nicht vergleichbar, da bei beiden Analysetypen unterschiedliche Erhebungsebenen<sup>22</sup> erfasst wurden. Deshalb

<sup>22</sup> Bei den Betrieben handelt es sich um die Ebene „Betrieb“ und bei den Mitarbeitern um die Ebene eines einzelnen Betriebsmitgliedes. Die Ergebnisse könnten nur dann statistisch hochgerechnet werden, wenn man einerseits sehr genaue Angaben zur Betriebsgröße hätte bzw. ausschließen könnte, dass es mehrere Befragte aus einem einzigen Betrieb gibt. Beides war nicht ausreichend sicherzustellen.

werden nur einzelne Ergebnisse präsentiert, die unabhängig von der Betriebsbefragung interpretiert werden können.

Von den 1000 Befragten bejahen 53,2% die Frage, ob es einen Betriebsarzt oder eine andere Art der betriebsärztlichen Betreuung gibt. Bei der Detailanalyse in Kombination mit der Frage zur Häufigkeit der betriebsärztlichen Betreuung zeigt sich jedoch, dass immerhin fast jeder Fünfte (21,3%) keine Angaben darüber machen kann, wie häufig der Betriebsarzt im Betrieb ist bzw. eine betriebsärztliche Betreuung stattfindet. Fast ein Viertel aller Befragten berichten davon, dass eine Betreuung monatlich oder häufiger erfolgt. 36,5% geben an, dass es gar keine Betreuung gibt.

**Tabelle 27: Häufigkeit der betriebsärztlichen Betreuung (Mitarbeiterbefragung)**

	n=	%
Mitarbeiter mit zumindest monatlicher Betreuung	231	23,1%
Mitarbeiter mit einer viertelj. oder halbj. Betreuung	68	6,8%
Mitarbeiter mit einer jährlichen oder selteneren Betreuung	123	12,3%
weiß nicht/keine Angabe	213	21,3%
Mitarbeiter ohne Betreuung	365	36,5%
Summe	1000	100,00%

Die Ergebnisse einer Sonderauswertung zeigen, dass es je vier Branchen gibt, die im Vergleich zu den erwarteten Häufigkeiten eine Betreuung besonders häufig bzw. selten aufweisen.

**Tabelle 28: Branchen mit relativ häufiger und relativ seltener betriebsärztlicher Betreuung**

Positive Abweichungen	Negative Abweichungen
4 Verarbeitendes Gewerbe	7 Handel, Instandhaltung und Rep. von Kfz u. Gebrauchsgütern
12 Öffentliche Verwaltung., Verteidigung, Sozialvers.	13 Erziehung u. Unterricht
14 Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen	6 Baugewerbe
5 Energie- u. Wasserversorgung	11 Grundstücks -, Wohnungswesen, Vermietung bew. Sachen

Aus der Mitarbeiterperspektive scheint somit die Rolle der betriebsärztlichen Betreuung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen deutlich ausbaufähig zu sein. Während fast jeder vierte Beschäftigte von einer zumindest monatlichen Betreuung berichtet, gibt es fast ebenso viele, die keinerlei Kenntnis über die „eigene“ betriebsärztliche Betreuung haben. Mehr als ein Drittel aller Befragten geben an, nicht betreut zu werden. Die Betreuung ist darüber hinaus in den Branchen unterschiedlich: Während es außerordentlich gut betreute Branchen gibt, verbleiben auch „weiße Flecken“, was die Betreuung angeht (vgl. Tabelle 28).

### 6.1.2.3 Betriebsarztbefragung

Aus den Ergebnissen der Betriebsarztbefragung lassen sich kaum Erkenntnisse generieren, wie die betriebsärztliche Betreuung auf der Ebene der einzelnen Betriebe einzuschätzen ist. Dies hat seinen Grund darin, dass die befragten Betriebsärzte überwiegend gleichzeitig eine Vielzahl von Betrieben betreuen (vgl. Kap. 5.2.3) und bei der Befragung nicht die Betreuung jedes einzelnen Betriebes thematisiert werden konnte.

Den Betriebsärzten ist die individuelle Krankheitsprävention ihrer betrieblichen Patienten sehr wichtig bzw. wichtig. 43,6% bzw. 46,9% kreuzen diese Antwortmöglichkeiten auf einer vierstufigen Skala an<sup>23</sup>. Ein Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit und den Antworten auf die Vernetzungsfragen ist zwar nur nominell gering, aber signifikant<sup>24</sup>. Netzwerkmitglieder kreuzen wesentlich häufiger die Antwortmöglichkeit „sehr wichtig“ an als diejenigen, die nicht Netzwerkmitglied sind. Noch geringer ist die Antwortquote bei denjenigen Personen, die noch nichts von einem betrieblichen Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört haben. Die folgende Tabelle stellt diese Ergebnisse dar.

**Tabelle 29: Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der individuellen Krankheitsprävention und der Vernetzung**

Wichtigkeit der individuellen Krankheitsprävention bei der täglichen Arbeit		1 ja, bin Mitglied	2 kein Mitglied	3 noch nichts gehört	Gesamt
1 sehr wichtig	Anzahl	55	69	113	237
	Erw. n	44,4	67,5	125,0	237,0
	Spalten-%	53,9%	44,5%	39,4%	43,6%
2 wichtig	Anzahl	38	74	143	255
	Erw. n	47,8	72,7	134,5	255,0
	Spalten-%	37,3%	47,7%	49,8%	46,9%
3 weniger wichtig sowie 4 gar nicht wichtig	Anzahl	9	12	31	52
	Erw. n	9,8	14,8	27,4	52,0
	Spalten-%	8,8%	7,7%	10,8%	9,6%
Gesamt	Anzahl	102	155	287	544
	Erw. n	102,0	155,0	287,0	544,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Darüber hinaus soll nochmals daran erinnert werden, dass wenn Betriebe vernetzt sind, die Betriebsärzte dann auch zu rund 73% (vgl. Kap. 6.1.1) an diesen Netzwerken beteiligt bzw. Mitglieder sind. Insofern übernehmen Betriebsärzte in nicht geringem Umfang die Funktion eines Kristallisationspunktes zum Aufbau und für den Erhalt von Netzwerken. Hier dürfte v. a. auch von Bedeutung sein, dass z. B. von besonderen Kenntnissen

<sup>23</sup> 1=„sehr wichtig“; 2=„wichtig“; 3=„weniger wichtig“; 4=„gar nicht wichtig“

<sup>24</sup>  $r = .094$ ;  $p = .017$ ; für die Analyse wurden die Kategorien 3 und 4 zusammengefasst

der regionalen Netzwerkstrukturen des Betriebsarztes gleichzeitig eine Vielzahl von Betrieben profitieren können. Darüber hinaus stehen die besonderen arbeitsmedizinischen Kenntnisse der Betriebsärzte natürlich auch nur solchen Betrieben zur Verfügung, die eine betriebsärztliche Versorgung aufweisen.

#### **6.1.2.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte**

Die Ergebnisse aus der Befragung der niedergelassenen Ärzte zur Bedeutung der betriebsärztlichen Versorgung wurden bereits an anderer Stelle genannt bzw. werden in den folgenden Unterkapiteln aufgeführt. Hier soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass 73,9% der befragten Ärzte angeben, über die spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten eines Betriebsarztes sehr gut oder gut Bescheid zu wissen.

#### **6.1.3 Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?**

Die Erfassung von Signalen eines zukünftigen Handlungsbedarfs gestaltet sich naturgemäß schwierig. Dies ist v. a. deshalb so, weil es nur wenige „objektive“<sup>25</sup> Signale gibt, die mit einem geeigneten Messinstrument einfach aufzufangen wären. So kann z. B. ein wesentlich erhöhter Blutdruck eine Vielzahl von Ursachen haben. Darüber hinaus sollen mit dem Auffangen dieser Signale Ereignisse vorhergesagt werden, die in der Zukunft liegen und diese Vorhersagen müssen auch einigermaßen zuverlässig sein, damit die Durchführung von entsprechenden präventiven Maßnahmen auch zielgerichtet ist und den finanziellen und personellen Aufwand betriebswirtschaftlich lohnt, indem der Handlungsbedarf nicht eintritt.

Der besondere Schwerpunkt des Projektes und der quantitativ empirischen Untersuchungen liegt auf der Früherkennung von Signalen, da im Gegensatz dazu bereits heute nach dem Eintritt z. B. einer Erkrankung und des hieraus folgenden Handlungsbedarfs ein sog. „Versicherungsfall“ vorliegt und damit die Durchführung von Interventionen z. B. durch die Kranken- und Rentenversicherungsträger weitgehend geregelt ist. Im Zusammenhang mit Maßnahmen der Früherkennung ist dagegen häufig unklar, ob bereits ein Versicherungsfall vorliegt. Dies hat zur Folge, dass die Finanzierung von Früherkennungsmaßnahmen und entsprechenden Interventionen nur dann fi-

---

<sup>25</sup> Zu den objektiven Signalen können auch andere Maßzahlen, wie z. B. die krankheitsbedingte Fehlzeitenrate, gezählt werden. Hierzu wurden die Personalverantwortlichen auch befragt. Die Bandbreite der genannten Antworten (0 bis 40%) war jedoch nach den ersten Befragungen nur so zu interpretieren, dass die Befragten keine validen Angaben machen konnten. Deshalb wurde dieses Item aus der weiteren Befragung herausgenommen.

nanziell vertretbar sind, wenn ohne eine Intervention Kosten entstehen würden, die mit einiger Sicherheit durch die Intervention vermieden würden.

Insofern wurde im Rahmen der quantitativen Untersuchungen versucht, solche Signale zu erfassen. Allerdings war nicht zu erwarten, dass die Personalverantwortlichen verlässliche Angaben zu relativ sicheren Prädiktoren (z. B. Blutdruck, Blutfettwerte, Krankheitsdiagnosen etc) machen können. Deshalb mussten wir uns auf eher „unsichere“ Prädiktoren, wie z. B. die Einschätzung der Gesundheit der Mitarbeiter beschränken. Die Unsicherheit bezieht sich dabei auf zumindest zwei Aspekte:

1. Inwieweit ein eingeschätzter Bedarf bzw. eine problematischer „Wert“ in diesem Prädiktor überhaupt zu Handlungsbedarf führt und
2. die schwierige Messbarkeit des Prädiktors, sofern man zur Erfassung des Prädiktors nicht ganze Itembatterien verwenden will oder kann.

Zu den von uns erfassten Prädiktoren gehörten u. a.

- die Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastung durch die Arbeit (eingeschätzt durch die Personalverantwortlichen)
- die Einschätzung der Gesundheit der Mitarbeiter (durch die Personalverantwortlichen)

### 6.1.3.1 Betriebsbefragung

Zur Einschätzung der Arbeitsbelastung wurden die Personalverantwortlichen gefragt, wie stark die Beschäftigten durch die Arbeit körperlich bzw. psychisch belastet werden. Hohe Belastungswerte könnten von den Betrieben im Sinne eines Signals zur Einleitung von Interventionen interpretiert werden, damit dauerhaft hohe Belastungswerte nicht zu Schädigungen der Beschäftigten und langfristig zu einem Handlungsbedarf führen. Der Grad der Belastung konnte auf je vierstufigen Skalen<sup>26</sup> angegeben werden. Die Analyse der Antwortverteilungen deutet durch die ausreichende Besetzung der Randhäufigkeiten darauf hin, dass beide Items durchaus zur subjektiven Einschätzung des Belastungsausmaßes geeignet sind.

Insgesamt wird das Ausmaß der körperlichen Belastung mit einem Mittelwert<sup>27</sup> von 2,19 etwas niedriger eingeschätzt als die psychische Belastung (2,3). Damit befinden sich

---

<sup>26</sup> 1=“gar nicht belastet“; 2=“wenig belastet“; 3=“stark belastet“; 4=“sehr stark belastet“.

<sup>27</sup> Trotz aller methodischen Einwände wird der Wert des arithmetischen Mittels verwendet, da dieser noch am ehesten als Kommunikationsgrundlage geeignet ist.



beide Einschätzungen eher nahe der Antwortmöglichkeit „wenig belastet“. Statistische Zusammenhänge sind zwischen beiden Belastungsarten und der Größe des Betriebes beobachtbar: In Betrieben der Größenklassen 2 und 3 werden diese höher eingeschätzt als bei kleineren Betrieben der Größenklasse 1. Da es sich jedoch eher um eine subjektive Einschätzung handelt, kann abschließend nicht beurteilt werden, ob die Belastungen in großen Firmen tatsächlich höher sind oder ob z. B. die Befragten aus großen Betrieben identische Belastungen subjektiv höher einschätzen als Befragte aus kleineren Firmen.

Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Belastungshöhe und dem Ausmaß der Vernetzung wurden beide Variablen mit den bereits bekannten Vernetzungs-Indikatoren (formale Netzwerkfrage und Anzahl der Kommunikationspartner) in Beziehung gesetzt. Die folgende Tabelle zeigt die mittleren Belastungseinschätzungen bei den Firmen, die einem Netzwerk angehören (formale Netzwerkfrage) bzw. nicht angehören.

**Tabelle 30: Zusammenhang zwischen Belastungshöhen und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk**

		Körperliche Belastung	Psychische Belastung
1 ja	Mittelwert	2,20	2,33
	N=	10	9
2 nein/k. A.	Mittelwert	2,19	2,30
	N=	627	625
Insgesamt	Mittelwert	2,19	2,30
	N=	637	634

Beide Belastungswerte weisen ähnliche Größenordnungen auf, unabhängig davon, ob die jeweiligen Betriebe die formale Netzwerkfrage bejahen oder nicht. Für die folgende Prüfung des Zusammenhangs auf der Grundlage der Anzahl der Netzwerkpartner ist ein ähnliches Ergebnis zu erwarten, falls denn beide Netzwerkindikatoren inhaltlich Äquivalentes messen. Die Daten in der folgenden Tabelle 31 zeigen jedoch, dass die Belastungswerte zunehmen, je größer die Anzahl der Kontaktpartner ist.

**Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Belastungshöhen und der Anzahl der Kontaktpartner**

		Körperliche Belastung	Psychische Belastung
0 Kontaktpartner	Mittelwert	2,08	2,21
	N	319	322
1 Kontaktpartner	Mittelwert	2,25	2,30
	N	177	173
2 oder mehr Kontaktpartner	Mittelwert	2,35	2,49
	N	141	139
Insgesamt	Mittelwert	2,19	2,30
	N	637	634
		p<.01	p<.01

Diese divergierenden Ergebnisse werfen erneut die Frage auf, ob aus der Anzahl der Kontakte zu potenziellen Netzwerkpartnern auf die Existenz eines Netzwerkes geschlossen werden kann.

Über die o.g. diskutierten Signale hinaus sind weitere denkbar, die von den betroffenen Mitarbeitern geäußert werden können. Hierzu zählt z. B. ein negativ ausgeprägtes psychosoziales Betriebsklima oder eine ausgeprägt hohe Wechselbereitschaft der Mitarbeiter<sup>28</sup>.

Das psychosoziale Betriebsklima wird mit einem Mittelwert von 1,58 insgesamt positiv eingeschätzt. Dieses ist bei den formal vernetzten Betrieben mit 1,73 nur nominell schlechter ausgeprägt, jedoch immer noch im positiven Bereich der Skala. Die mit der Antwortmöglichkeit 3 (=trifft wenig zu) negativste Einschätzung des Betriebsklimas nehmen lediglich 23 Betriebe vor. Insofern liegt ein schlechtes Betriebsklima nur in den wenigsten Fällen vor und scheidet daher als ein Prädiktor für Handlungsbedarf aus.

Die Wechselbereitschaft wird inhaltlich vergleichbar eingeschätzt. Auch hier ist die Einschätzung sehr positiv und die Unterschiede zwischen formal vernetzten und nicht vernetzten Betrieben gering. Dasselbe Ergebnis ist beobachtbar, wenn man die Signale zwischen Betrieben ohne Kontakte zu potenziellen Netzwerkpartnern, Betrieben mit einem Netzwerkpartner und Betrieben mit mehr als zwei Netzwerkpartnern vergleicht. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den Gruppen gering ausgeprägt.

---

<sup>28</sup> Die Fragen lauteten „Inwieweit trifft diese Aussage auf Ihre Mitarbeiter zu? Wenn Sie die Möglichkeit bekämen, würden die Mitarbeiter die Firma wechseln“ und „Inwieweit trifft diese Aussage auf Ihre Mitarbeiter zu? Das Betriebsklima ist gut“ und konnten auf einer vierstufigen Skala von 1=trifft sehr zu bis 4=trifft gar nicht zu beantwortet werden.

Abschließend drängt sich die Frage auf, ob die Mitarbeiter tatsächlich keine Signale aussenden oder ob diese ausgesandten Signale nur nicht von den Betrieben aufgenommen werden<sup>29</sup>. Ob in den Firmen entsprechende Instrumentarien angewendet werden, wird im folgenden Kapitel näher untersucht. Zunächst jedoch die Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung.

### 6.1.3.2 Mitarbeiterbefragung

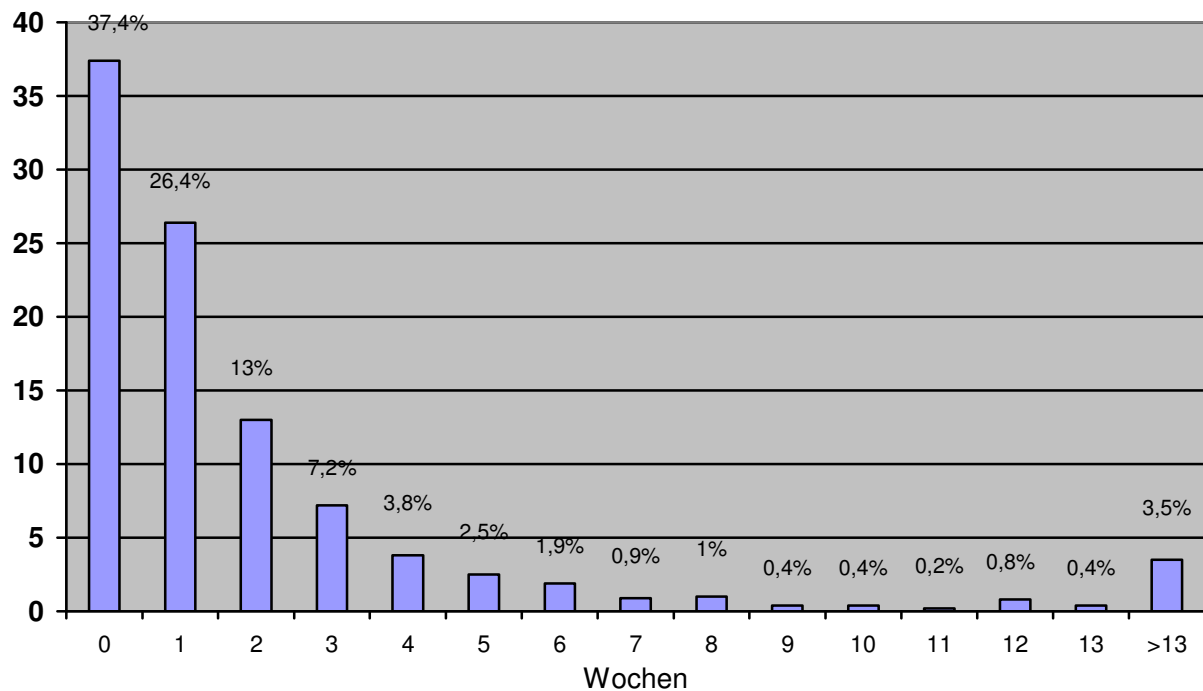
Die für die Betriebsbefragung gültigen Einschränkungen der Signalvalidität gilt grundsätzlich auch für die Mitarbeiterbefragung. Dennoch konnte hier durch die direkte Befragung der interessierenden Person (= Signalträger) eine höhere Validität erwartet werden. Darüber hinaus konnte mit der Anzahl der Erkrankungen und der Dauer von Arbeitsunfähigkeiten auch solche Signale erhoben werden, die bei der Betriebsbefragung unberücksichtigt bleiben mussten.

950 Personen haben Angaben dazu gemacht, wie häufig sie in den vergangenen zwölf Monaten erkrankt sind und deshalb nicht zur Arbeit gehen konnten und/oder von einem Arzt arbeitsunfähig geschrieben wurden. Der Antwortrange reicht von 0 (38,1% aller Personen) bis zu 36. 36,2% gaben an, wegen einer Erkrankung einmal krankheitsbedingt am Arbeitsplatz gefehlt zu haben und weitere 16,3% zweimal. Elf Personen gaben sieben oder mehr Erkrankungsperioden an.

Die Frage nach der Anzahl der krankheitsbedingt ausgefallenen Arbeitstage wurde von 968 Personen beantwortet. Der Antwortrange reicht von 0 bis zu 365 Tagen (vgl. Anhang 8) wobei 37,4% der Befragten an keinem einzigen Tag gefehlt haben. Insgesamt gaben etwas mehr als die Hälfte aller Personen (51,8%) an, dass sie bis zu drei Tagen krankheitsbedingt gefehlt haben. 95% aller Personen haben von Null bis zu 50 Tagen gefehlt. Elf Personen gaben an, 180 Tage oder länger gefehlt zu haben, wovon keine einzige Person in einer „vernetzten“ Firma (formale Netzwerkfrage) arbeitet. Das Krankheitsvolumen dieser elf Personen macht mit 25,8% rund ein Viertel der Summe aller Krankheitstage aus. Die Verteilung der krankheitsbedingten Fehltage (in Wochen) wird in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:

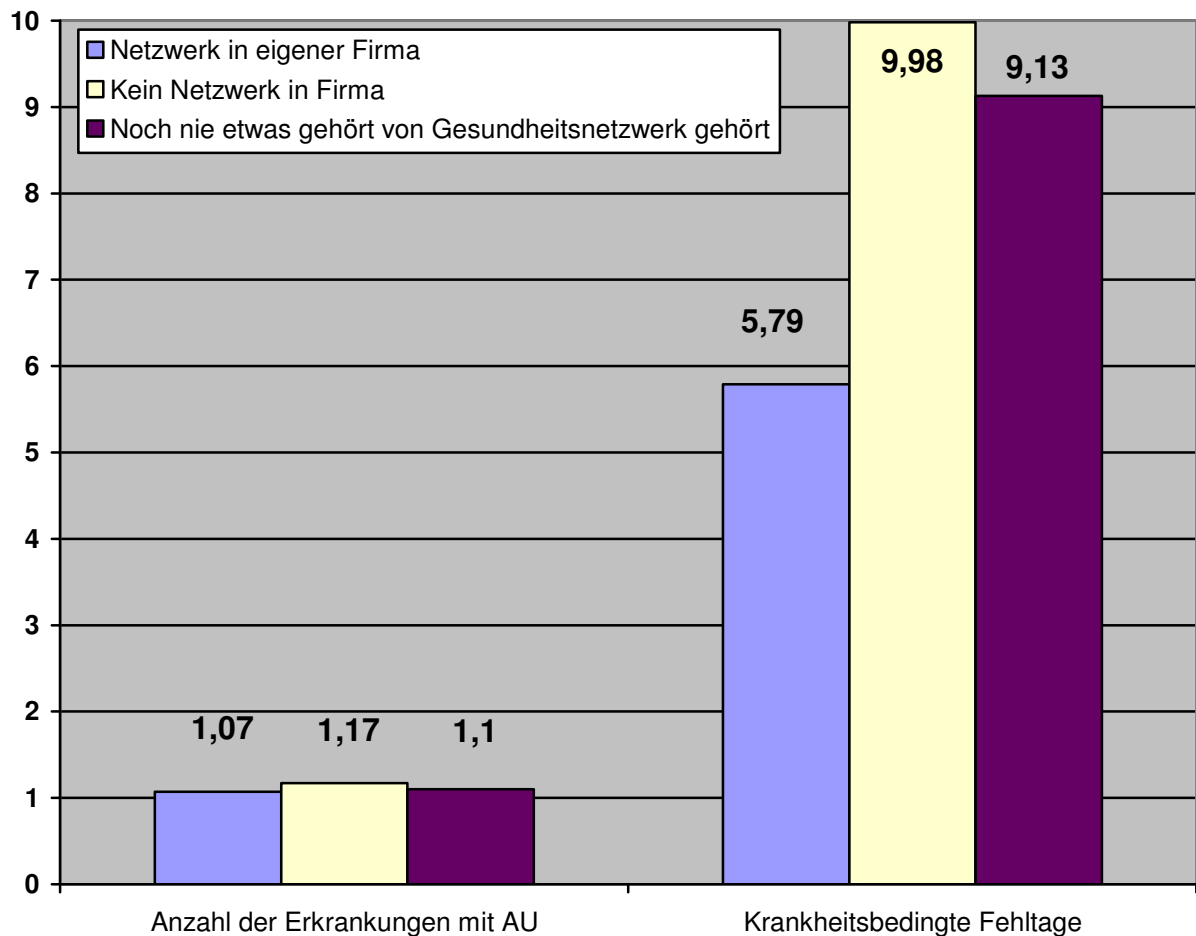
---

<sup>29</sup> Nicht zuletzt verbleibt natürlich auch die Möglichkeit, dass die Fragen an die Personalverantwortlichen nicht geeignet waren, diese Signale auch aufzufangen.

**Abbildung 4: Häufigkeit der krankheitsbedingten Fehltage (in Wochen)**

Für die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den beiden Erkrankungsindikatoren und der Vernetzung der eigenen Firma wurden die o.g. elf „Ausreißer“ sowie diejenigen Personen aus den folgenden Berechnungen herausgenommen, die eine der Fragen nicht beantwortet haben. Hiervon waren leider auch zwei Personen in „vernetzten“ Betrieben betroffen.

Die Ergebnisse (vgl. Abbildung 5, Anhang 9) zeigen für alle Indikatoren, dass die Mittelwerte der Befragten aus vernetzten Firmen nominell positiver ausgeprägt sind als diejenigen, die in nicht vernetzten arbeiten oder solchen, die noch nie etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört haben. Bei der Anzahl der Fehltage ist der nominelle Unterschied sogar beträchtlich. Dennoch erreichen die Unterschiede nicht die 5%-Signifikanzgrenze, was jedoch überwiegend durch die geringe Anzahl der in vernetzten Betrieben Arbeitenden (n=29) erklärt werden kann.

**Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Krankheitsindikatoren und Vernetzung**

Was die selbst eingeschätzte körperliche und psychische Belastung angeht, so geben die Personen aus vernetzten Firmen eher höhere Belastungswerte an, wenngleich die nominellen Unterschiede gering sind und die Signifikanzgrenzen nicht erreicht werden:

**Tabelle 32: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Belastungen und Vernetzung**

		körperliche Belastung*	psychische Belastung*
1 Netzwerk in eigener Firma	Mittelwert	2,43	2,89
	N	30	28
2 kein Netzwerk/k.A.	Mittelwert	2,35	2,74
	N	928	926
Insgesamt	Mittelwert	2,36	2,75
	N	958	954

1="gar nicht belastet"; 2="wenig belastet"; 3="stark belastet"; 4="sehr stark belastet"

Das ebenfalls sehr subjektive Maß der Einschätzung der eigenen Gesundheit wird überwiegend positiv eingeschätzt. 83,2% der Befragten geben diese mit „gut“ oder „sehr gut“ an. Unterschiede zwischen Personen aus vernetzten und nicht vernetzten Betrieben sind nicht beobachtbar.

Die Einschätzung des Betriebsklimas ist ebenfalls positiv. Zur Aussage „Das Betriebsklima ist gut“ sagen nur rund 10% der Befragten „trifft nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“. Unterschiede zwischen Beschäftigten aus vernetzten und nicht vernetzten Betrieben sind kaum beobachtbar, wenngleich von Personen aus vernetzten Betrieben häufiger der positive Antwortpol („trifft zu“ und „trifft sehr zu“) angekreuzt wird. Dasselbe Antwortverhalten ist bezüglich der Wechselbereitschaft in eine andere Firma zu beobachten.

### 6.1.3.3 Betriebsarztbefragung

In der Betriebsarztbefragung wurde danach gefragt, wie gut die Gesundheit der betrieblichen Patienten eingeschätzt wird. Auf der vierstufigen Skala (1=„sehr gut“ bis 4=„sehr schlecht“) kreuzten 89,8% der Befragten die Antwortmöglichkeit „gut“ an. Wegen dieser geringen Varianz ist dieses Item kaum dazu geeignet, weitere Zusammenhangshypothesen empirisch zu prüfen. Es gibt jedoch leichte Hinweise darauf, dass die vernetzten Ärzte die Gesundheit noch etwas positiver einschätzen als die nicht Vernetzten.

Darüber hinaus wurden neun Aussagesätze zur psychosozialen Belastung präsentiert, bei denen die Ärzte angeben sollten, in wieweit diese auf ihre betrieblichen Patienten zutreffen. Beim Vergleich zwischen den vernetzten und nicht vernetzten Ärzten unterscheiden sich die Antworten lediglich bezüglich der sozialen Unterstützung<sup>30</sup>, die die Patienten in der Firma erfahren: Die vernetzten Ärzte sind häufiger der Meinung, dass ihre Patienten eine soziale Unterstützung haben. Alle anderen Analysen zeigen uneinheitliche Ergebnisse mit meist nur geringen Unterschieden in den Antworten.

Was also das Vorhandensein von Signalen zur frühzeitigen Erkennung angeht, so können aus den Antworten der Betriebsärzte kaum systematische Antworten gegeben werden, welche Signale es sind und an welchen Stellen sie auftreten. Dies dürfte jedoch in erster Linie daran liegen, dass hier sehr globale Einschätzungen „über alle betrieblichen Patienten“ abgefragt wurden und keine Möglichkeiten zur inhaltlichen Differenzierung vorhanden waren. Dies könnte erklären, warum keine Unterschiede zwischen vernetzten und nicht vernetzten Betriebsärzten auffindbar waren.

### 6.1.3.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte

Von den niedergelassenen Ärzten schätzen rund 69% die Gesundheit ihrer betrieblichen Patienten als „gut“ ein. Allerdings bescheinigen auch 28% eine „schlechte“ Gesundheit. Damit schätzen die niedergelassenen Ärzte die Gesundheit der Beschäftigten

---

<sup>30</sup>  $r=.111$ ;  $p=.057$

im Vergleich zu den anderen Befragtengruppen am schlechtesten ein. Dies ist jedoch auch nicht überraschend, da die Niedergelassenen v. a. mit gesundheitlich bereits angeschlagenen Personen zu tun haben.

Eventuell kann dies auch erklären, warum die niedergelassenen Ärzte die körperliche und psychische Belastung der Patienten mit Mittelwerten<sup>31</sup> von 2,93 bzw. 2,90 am höchsten einschätzen.

Ähnlich negativ fällt die Einschätzung aus, in wieweit die gesundheitlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter in den Betrieben berücksichtigt werden. Fast 75% sagen, dass diese „weniger stark“ berücksichtigt werden.

Unklar bleibt jedoch, ob diese negativen Einschätzungen auch zu einem erhöhten Handlungsdruck führen. Dies könnte sich beispielsweise dadurch äußern, dass häufiger Kontakte zu Betrieben und anderen ärztlichen Kollegen gesucht wird, um die Ursachen des schlechten Gesundheitszustandes zu ergründen. Entsprechende Analysen hatten nur geringe und nicht signifikante Zusammenhänge zum Ergebnis. Allerdings sprechen niedergelassene Ärzte, die den Gesundheitszustand als „schlecht“ einstufen, häufiger mit ihren Patienten darüber, dass die Beschwerden eventuell mit der Arbeitstätigkeit in Verbindung stehen als dies Ärzte tun, die den Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen.

Eine stärkere Handlungsorientierung auf Seiten der Beschäftigten könnte nach Einschätzung der Niedergelassenen deutlich positive Auswirkungen haben, da gesundheitsbewusstes Verhalten die Gefahr von Erkrankungen deutlich senken<sup>32</sup>, womit dann die Gefahr der Entlassung aus der Firma deutlich gesenkt werden könnte<sup>33</sup>, die angesichts der geringen Krisensicherheit des Arbeitsplatzes<sup>34</sup> als gegeben eingeschätzt werden muss.

Zusammenhänge zur Vernetzung wurden nicht geprüft, da nur vier niedergelassene Ärzte angeben, Mitglied eines betrieblichen Netzwerkes zu sein.

---

<sup>31</sup> Vierstufige Skala von 1=gar nicht bis 4=sehr stark

<sup>32</sup> 86,3% der niedergelassenen Ärzte sagen, dass die Aussage „Wenn man sich gesundheitsbewusst verhält, wird man weniger krank.“ sehr zutrifft bzw. zutrifft.

<sup>33</sup> 77,1% der niedergelassenen Ärzte sagen, dass die Aussage „Wenn man gesundheitlich angeschlagen ist, wird man schneller entlassen.“ sehr zutrifft bzw. zutrifft.

<sup>34</sup> 78,4% der niedergelassenen Ärzte sagen, dass die Aussage „Die Arbeitsplätze meiner berufstätigen Patienten sind sehr krisensicher..“ wenig bzw. gar nicht zutrifft.

### **6.1.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den vier Befragtengruppen**

Insgesamt deuten diese Ergebnisse an, dass beträchtliche Unterschiede zwischen den befragten Gruppen bestehen, was die Wahrnehmung und Einschätzung der Gesundheit der Mitarbeiter angeht. Hieraus könnte auch eine unterschiedliche Wahrnehmung eines Handlungsdrucks resultieren: Wenn z. B. nach Einschätzung der Personalverantwortlichen in den Betrieben die Belastungen der Mitarbeiter gering sind und die gesundheitliche Verfassung der Mitarbeiter gut ist und darüber hinaus auch bereits jetzt viel für die Gesundheit der Mitarbeiter getan wird, warum sollten dann zusätzliche Investitionen z. B. in die betriebsärztliche Betreuung erfolgen?

### **6.1.4 Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?**

#### **6.1.4.1 Betriebsbefragung**

Im Rahmen der quantitativen Befragung der Betriebe wurden eine Reihe von Instrumentarien abgefragt, für die die befragten Personalverantwortlichen angeben sollten, ob diese im Betrieb eingesetzt werden oder nicht. Zu diesen Instrumentarien gehört z. B. die Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen und die Analyse von Fehlzeiten der Mitarbeiter. Darüber hinaus wurden für diese Auswertung auch Instrumentarien berücksichtigt, die möglicherweise nur indirekt Signale eines drohenden Handlungsbedarfs auffangen, wie z. B. im Betrieb durchgeführte klassische Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie Sportangebote und Abnehmkurse. Gemeinsam muss den aufgenommenen Maßnahmen nur sein, dass die Mitarbeiter eine Plattform haben, bei der sie Signale äußern können und dass in den Betrieben die Möglichkeit besteht, solche Signale systematisch aufzufangen<sup>35</sup>.

In der folgenden Tabelle 33 ist aufgeführt, um welche Instrumentarien es sich im einzelnen handelt und wie groß der Prozentsatz derjenigen Betriebe ist, die diese Instrumentarien anwenden.

---

<sup>35</sup> Ob die Betriebe diese Möglichkeit auch tatsächlich zum Auffangen von Signalen nutzen, war im Rahmen der Untersuchung nicht zu entscheiden.



**Tabelle 33: Instrumentarien zur Erfassung von Signalen eines drohenden Handlungsbedarfs**

Instrumentarium	Prozentsatz der Betriebe, die dieses anwenden
Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter	68,9
Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbeg. zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen*	61,7
Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von zukünftigen Unfällen	50,6
Führung von Rückkehrgesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten	41,7
Gefährdungsbeurteilung*	35,2
Spezielle Rückkehr-, Wiedereingliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit /Rehabilitation	33,4
Es gibt ein „Schwarzes Brett“ mit gesundheitlichen Themen**	33,4
Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen*	31,7
Analyse der Fluktuation/der Kündigung von Mitarbeitern	27,7
Betriebliche Veranstaltung mit der Gesamtbelegschaft, bei der das Thema „Gesundheitsförderung“ diskutiert/erörtert wurde*	22,9
Besondere betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*	19,2
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung	18,0
Integrationsvereinbarungen	17,4
Besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von ihrem Betriebsarzt für die Belegschaft angeboten werden?*	14,5
Es gibt ein Unternehmensleitbild, in dem Gesundheit der Mitarbeiter ein besonderes Thema ist*	15,2
Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Erkrankungen*	12,9
Erstellung von Arbeitsunfähigkeits-Profilen	9,2
Gesundheitszirkel*	6,3

\* Instrumentarien mit einer deutlich präventiven Ausrichtung

Die Aufstellung zeigt, dass Instrumentarien mit einer deutlich präventiven Ausrichtung (z. B. Spezielle Informations- und Meldesysteme) im Vergleich zu den anderen Instrumentarien eher selten angewendet werden, soweit sie nicht durch gesetzliche oder berufsgenossenschaftliche Vorgaben vorgeschrieben sind.

Auf der Grundlage des oben aufgeführten Anwendungsprozentsatzes lässt sich noch nicht feststellen, wie viele Instrumentarien in den einzelnen Betrieben verwendet werden. Hierzu wurde eine Zählung durchgeführt und jeder Betrieb einer von drei Gruppen zugeordnet. Hierbei wurde das Ziel verfolgt, je zwei Gruppen zu generieren, die sehr viele bzw. sehr wenige Instrumentarien anwenden und eine dritte Mittelgruppe. Darüber hinaus sollten die Gruppengrößen in etwa gleich sein.

Danach wurde der Zusammenhang zwischen der Anwendung von Instrumentarien und sowohl der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk (formale Netzwerkfrage) als auch der An-

zahl der Netzwerkpartner geprüft<sup>36</sup>. Die Ergebnisse in den beiden folgenden Tabellen zeigen eindeutig, dass ein deutlicher und hochsignifikanter Zusammenhang besteht.

**Tabelle 34: Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk**

Netzwerkzugehörigkeit		Gruppe 1: 0 bis 3 Instrum.	Gruppe 2: 4 bis 6 Instrum.	Gruppe 3: 7 und mehr Instr.	Gesamt
1 ja	Anzahl	0	1	10	11
	Erwartete Anzahl	4,2	3,0	3,8	11,0
	Spalten-%	0,0%	0,6%	4,5%	1,7%
2 nein/k. A.	Anzahl	249	176	214	639
	Erwartete Anzahl	244,8	174,0	220,2	639,0
	Spalten-%	100,0%	99,4%	95,5%	98,3%
Gesamt	Anzahl	249	177	224	650
	Erwartete Anzahl	249,0	177,0	224,0	650,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabelle 35: Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Anzahl der Kontaktpartner**

		Gruppe 1: 0 bis 3 Instrum.	Gruppe 2: 4 bis 6 Instrum.	Gruppe 3: 7 und mehr Instr.	Gesamt
0 nein, keinerlei Kontakte	Anzahl	205	86	35	326
	Erwartete Anzahl	124,9	88,8	112,3	326,0
	Spalten-%	82,3%	48,6%	15,6%	50,2%
1 1 Kontaktpartner	Anzahl	24	63	93	180
	Erwartete Anzahl	69,0	49,0	62,0	180,0
	Spalten-%	9,6%	35,6%	41,5%	27,7%
2 2 oder mehr Kontaktpartner	Anzahl	20	28	96	144
	Erwartete Anzahl	55,2	39,2	49,6	144,0
	Spalten-%	8,0%	15,8%	42,9%	22,2%
Gesamt	Anzahl	249	177	224	650
	Erwartete Anzahl	249,0	177,0	224,0	650,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Anwendung von Instrumentarien zur frühzeitigen Erkennung eines möglichen Handlungsbedarfs entscheidend davon abhängt, wie viele potenzielle Netzwerkpartner es gibt, zu denen Kontakte bestehen und ob man sich ei-

<sup>36</sup> Die Prüfung dieses Zusammenhangs ist nicht ganz unproblematisch, weil beide Ereignisse stochastisch nicht unabhängig voneinander sind: Wer z. B. keinen Kontakt zu Krankenkassen hat, kann auch nicht das Instrumentarium „Erstellung von AU-Profilen durch die Krankenkassen“ anwenden. Da dies jedoch nur 2 von 17 Instrumentarien betrifft, wird die Analyse dennoch durchgeführt.

nem Netzwerk formal zuordnet. Welcher Aspekt jedoch zeitlich „zuerst“ Bedeutung erhält, bleibt auch nach den Analysen weiterhin offen. So wäre durchaus plausibel, dass erst die Zugehörigkeit eines Betriebes zu einem Netzwerk diesem die Vielzahl der bestehenden Instrumentarien eröffnet und der Wunsch nach Anwendung dieser Instrumentarien entsteht. Andererseits könnte der Wunsch nach der Anwendung von Instrumentarien die Suche nach potenziellen Kontaktpartnern begründen und im weiteren Verlauf zur Mitgliedschaft in einem Netzwerk führen. Eine solche Kausalaussage kann ggf. anhand der noch durchzuführenden qualitativen Interviews getroffen werden.

Inwieweit diese Instrumentarien tatsächlich systematisch dazu genutzt werden, um Signale eines möglichen Handlungsbedarfs bereits vor dem Auftritt erster Symptome aufzufangen, kann anhand der Daten nicht entschieden werden. Es musste davon ausgegangen werden, dass Informationen über z. B. Blutdruckwerte, Cholesterinspiegel und konkrete Krankheitsdiagnosen den Betrieben nicht bekannt sind und die Erfassung von deren Vorläufersignalen noch schwieriger gewesen wäre.

Als eine Form der Annäherung an die Symptomerfassung wurden die Personalverantwortlichen jedoch auf einer vierstufigen Skala danach gefragt, wie sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter generell einschätzen. Welche Zusammenhänge es zwischen dieser und den beiden Netzwerkkonstrukten gibt, konnte anhand der Daten nicht eindeutig geklärt werden. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass die Gesundheit von Mitarbeitern, die in vernetzten Betrieben arbeiten und viele Instrumentarien anwenden, geringfügig schlechter eingeschätzt wird als in Betrieben ohne Netzwerk und Instrumentarien. Allerdings sind die Unterschiede nominell nur sehr gering und nicht konsistent.

#### **6.1.4.2 Mitarbeiterbefragung**

Die Anwendung und Bedeutung der o.g. Instrumentarien wurde auch bei der Mitarbeiterbefragung geprüft. Durch den Vergleich mit den Ergebnissen aus der Betriebsbefragung sollten Erkenntnisse dazu gewonnen werden, inwieweit in den Betrieben angewendete Instrumentarien auch von den Mitarbeitern als solche wahrgenommen werden. In der folgenden Tabelle ist abgebildet, wie häufig die befragten Mitarbeiter mit „ja“ bzw. „vermutlich ja“ geantwortet haben auf die Frage, ob das Instrumentarium in ihrer Firma angewendet wird.

**Tabelle 36: Mitarbeiterbefragung: Instrumentarien zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs**

Instrumentarium	% Zustimmung
Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter	54,7
Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbegehungen zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen*	48,1
Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von zukünftigen Unfällen	46,8
Gefährdungsbeurteilung des eigenen Arbeitsplatzes	36,3
Gefährdungsbeurteilung*	33,4
Spezielle Rückkehr-, Wiedereingliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit/Rehabilitation	33,3
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung	32,3
Führung von Rückkehrgesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten	30,3
Besondere betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*	27,4
Analyse der Fluktuation/der Kündigung von Mitarbeitern	26,8
Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen*	24,9
Es gibt ein „Schwarzes Brett“ mit gesundheitlichen Themen“**	23,7
Integrationsvereinbarungen	22,9
Erstellung von Arbeitsunfähigkeits-Profilen	19,5
Ein Unternehmensleitbild, in dem Gesundheit der Mitarbeiter ein besonderes Thema ist*	19,3
Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Erkrankungen*	17,5
Gesundheitszirkel*	13,4
Weitervermittlung von Mitarb. an externe Kooperationspartner zur Ermittlung eines Rehabedarfs	13,2
Besondere gesundheitsf. Maßn., die von ihrem Betriebsarzt für die Belegsch. angeboten werden?*	12,6

Beim Vergleich mit den Angaben aus der Betriebsbefragung ist zunächst auffällig, dass der Range der Antworten mit Werten von 12,6% bis 54,7% geringer ausfällt als bei der Betriebsbefragung (von 6,3% bis 68,9%). Insgesamt sind jedoch beide mittlere Zustimmungshäufigkeiten mit rund 28% nahezu identisch. Dies spricht dafür, dass einerseits relativ häufig Instrumentarien angewendet und diese von den Beschäftigten auch als solche wahrgenommen werden, wenngleich die Beschäftigten weniger zwischen den Instrumentarien differenzieren. Auf den ersten drei Rangplätzen werden in der Betriebsbefragung und der Mitarbeiterbefragung dieselben Instrumentarien genannt, wenn auch mit wesentlich geringeren Häufigkeiten. Dies deutet eine Unterschätzung der Anwendungshäufigkeit durch die Befragten an. Am unteren Rangplatzende wird im Gegensatz dazu z. B. die „Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsprofilen durch die Krankenkassen“ überschätzt.

Äquivalent zur Betriebsbefragung wurde auch bei der Mitarbeiterbefragung der Zusammenhang zwischen dem Instrumenteneinsatz und der Netzwerkzugehörigkeit geprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Zusammenhang deutlich ist: Bei Mitarbeitern aus Firmen der Gruppe 3 (7 und mehr Instrumente) befinden sich mehr als doppelt so viele

vernetzte Firmen (22) als dort statistisch zu erwarten waren (10,3). Umgekehrt befinden sich nur vier Betriebe in der Gruppe 1 (0-2 Instrumente), obwohl dort fast zwölf zu erwarten waren.

**Tabelle 37: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Instrumentarien und der Zugehörigkeit zu einem Netzwerk**

		Gruppe 1: 0-2 Instrumente	Gruppe 2: 4-6 Instrumente	Gruppe 3: 7 und mehr Instrumente	Gesamt
1 Netzwerk in eigener Firma	Anzahl	4	5	22	31
	Erwartete Anzahl	11,7	8,9	10,3	31,0
	Spalten-%	1,1%	1,7%	6,6%	3,1%
2 kein Netzwerk /k.A.	Anzahl	375	283	311	969
	Erwartete Anzahl	367,3	279,1	322,7	969,0
	Spalten-%	98,9%	98,3%	93,4%	96,9%
Gesamt	Anzahl	379	288	333	1000
	Erwartete Anzahl	379,0	288,0	333,0	1000,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in vernetzten Betrieben mehr Instrumente zur frühzeitigen Erfassung eines drohenden Handlungsbedarfs eingesetzt werden, als in nicht vernetzten Betrieben. Potenziell können damit auch eher entsprechende Hinweissignale aufgefangen werden.

#### 6.1.4.3 Betriebsarztbefragung

Bei der Betriebsarztbefragung wurden wiederum die o.g. Instrumentarien zur frühzeitigen Erkennung eines möglichen Handlungsbedarfs abgefragt. Hierzu lagen einerseits Informationen dazu vor, ob in einer der betreuten Firmen das jeweilige Instrumentarium eingesetzt wird andererseits die Information, in wie vielen Firmen dies der Fall ist. Aus der zusätzlichen Angabe zur Anzahl der insgesamt betreuten Firmen konnte hieraus der Anwendungsprozentsatz ermittelt werden. Die ermittelten Prozentsätze sind in der folgenden Tabelle 38 abgedruckt. Sie drücken aus, in wie viel Prozent der betreuten Betriebe die Instrumentarien angewendet werden.

**Tabelle 38: Betriebsarztbefragung: Instrumentarien zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs**

	Mittelwert
Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbegehungen zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen*	82,0
Gefährdungsbeurteilung*	72,1
Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von zukünftigen Unfällen	65,7
Gezielte Kampagnen zur Gesundheitsförderung*	38,1
Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter	37,6
Spezielle Rückkehr-, Wiedereingliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit/Rehabilitation	36,5
Führung von Rückkehrgesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten	35,5
Informationsstände mit Materialien zur Gesundheitsförderung von Krankenkassen, der Berufsgenossenschaft etc	35,1
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung	25,6
Schwarzes Brett mit gesundheitlichen Themen*	25,6
Integrationsvereinbarungen	23,3
Unternehmensleitbild, in dem die Gesundheit der Mitarbeiter ein besonderes Thema ist	22,0
Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen z. B. zur Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter*	19,7
Weitervermittlung von Mitarbeitern an externe Kooperationspartner zur Ermittlung und ggf. Deckung eines Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs	18,9
Gesundheitszirkel*	18,5
Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsprofilen der Gesamtbelegschaft z. B. durch die Krankenkassen	17,5
Analyse der Fluktuation/Kündigung von Mitarbeitern, die in andere Betriebe gewechselt sind	13,4
Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Befindlichkeitsstörungen*	10,2
Konzepte zur frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs*	8,9

\* Instrumentarien mit einer deutlich präventiven Ausrichtung

Auffällig ist der geringe Anwendungsprozentsatz der beiden innovativen Früherkennungsinstrumentarien zur „... Früherkennung von Krankheiten bzw. Befindlichkeitsstörungen“ und zur „frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs“.

Vergleicht man die Anwendungsprozentsätze zwischen den Netzwerkmitgliedern, Nicht-Mitgliedern und denjenigen, die bislang noch nichts von Netzwerken gehört haben, so zeigt sich das Folgende (vgl. Anhang 10). Bei 17 der 19 Instrumentarien sind nominelle Mittelwertsunterschiede in der erwarteten Richtung beobachtbar. Netzwerkmitglieder weisen die höchsten Anwendungsprozentsätze auf. Die niedrigsten Prozentsätze werden von Betriebsärzten berichtet, die bislang noch nichts von einem Netzwerk gehört haben. Ausnahmen hiervon bilden die beiden Instrumentarien „Arbeitsplatzanalysen ...“ und „Analyse von Betriebsunfällen“. Dies könnte darauf hinweisen, dass nicht so sehr entscheidend ist, Mitglied in einem Netzwerk zu sein sondern eher, ob man überhaupt einmal etwas von betrieblichen Netzwerken zur Gesundheitsförderung/Rehabilitation gehört hat.

#### 6.1.4.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte

Bei der Befragung der niedergelassenen Ärzte konnten die oben aufgeführten Instrumentarien zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs nicht abgefragt werden. Das verwendete Erhebungsinstrumentarium musste sich darauf beschränken, wie häufig darüber gesprochen wird, dass „die Krankheiten mit der Arbeitstätigkeit in Verbindung stehen könnten“. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

**Tabelle 39: Häufigkeit der Gespräche darüber, dass die Krankheiten mit der Arbeitstätigkeit in Verbindung stehen könnten.**

	Häufigkeit	Prozent
2 selten	8	5,2
3 gelegentlich	46	30,1
4 häufig	74	48,4
5 sehr häufig	25	16,3
Gesamt	153	100,0

#### 6.1.5 Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen?

Die Rolle der Haus- und Fachärzte könnte eine ganz entscheidende sein, was die frühzeitige Registrierung von Signalen eines drohenden Handlungsbedarfs angeht. Hier werden zeitlich zuerst die Anzeichen eines möglichen Handlungsbedarfs fachgerecht erhoben und diagnostiziert.

##### 6.1.5.1 Betriebsbefragung

Im Rahmen der quantitativen Betriebsbefragung konnte jedoch nur geprüft werden, ob überhaupt Kontakte zu Haus- und Fachärzten bestehen. Die Ergebnisse wurden bereits im Kapitel 6.1.1 erläutert. Hier soll nur nochmals daran erinnert werden, dass lediglich 7,1% aller Betriebe davon berichten, zu irgendeinem Hausarzt von Beschäftigten Kontakte zu haben, bei denen die Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle spielten. Die in diesem Zusammenhang möglicherweise auftretenden Probleme im Rahmen der Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen werden im Kapitel 6.1.6.2 erörtert.

Darüber hinaus wäre es denkbar, dass Haus- und Fachärzte spezielle Angebote für Betriebe konzipieren und diese auch durchführen. Dieser Aspekt wird im Rahmen der Befragung von Haus- und Fachärzten untersucht.

Weitere Akteure des ambulanten Systems wurden in der Betriebsbefragung nicht berücksichtigt, da sie nicht zum primären Kreis der zu untersuchenden Kooperationspartner gehören.

### 6.1.5.2 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung erbringt zu diesem Fragenkomplex umfangreichere Ergebnisse. Vor allem galt es zu prüfen, inwieweit es im Zuge der haus- und fachärztlichen Betreuung zu einer Thematisierung des Zusammenhangs zwischen Erkrankungen und Arbeitstätigkeit kommt und ob durch die Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt als zentralem betrieblichen Ansprechpartner die potenziell zur Verfügung stehenden Informationen auch weitergeleitet und weiterverarbeitet werden können. Erste Ergebnisse hierzu wurden bereits im Kapitel 6.1.1 erläutert. Feststellbar war, dass es nur in ganz seltenen Fällen zu Kontakten zwischen Hausärzten und Betriebsärzten kommt.

Aus den Ergebnissen in der Tabelle 40 geht darüber hinaus hervor, dass diese geringe Kontakthäufigkeit offensichtlich auch nicht wesentlich davon beeinflusst wird, ob ein möglicher Zusammenhang der Beschwerden mit der Arbeitstätigkeit beim Hausarzt thematisiert wurde: Wenn es eine betriebsärztliche Betreuung gibt, dann liegt die „Kontaktquote“ bei 2,7% und erhöht sich nur auf 3,4%, wenn der Befragte mehrfach mit seinem Hausarzt darüber gesprochen hat, dass die Beschwerden eventuell mit der Arbeitstätigkeit in Zusammenhang stehen. Wenn dies nicht besprochen wurde, dann liegt die Kontaktquote trotzdem bei 2,3%.

**Tabelle 40: Kontakte zwischen Haus- und Betriebsärzten**

		Wenn Sie in Ihrer Firma eine betriebsärztliche Betreuung haben: Hat Ihr Hausarzt schon einmal mit Ihrem Betriebsarzt über Ihre Krankheit bzw. die Beschwerden gesprochen?				
			1 Ja	2 Nein	3 Weiß nicht	Gesamt
Haben Sie mit Ihrem Hausarzt darüber gesprochen, dass Ihre Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit Ihrer Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?	Nein	Anzahl	6	236	21	263
		Erw. Anzahl	7,1	232,1	23,8	263,0
		Zeilen-%	2,3%	89,7%	8,0%	100,0%
	Ja, einmal	Anzahl	3	79	10	92
		Erw. Anzahl	2,5	81,2	8,3	92,0
		Zeilen-%	3,3%	85,9%	10,9%	100,0%
	Ja, mehrfach	Anzahl	3	75	9	87
		Erw. Anzahl	2,4	76,8	7,9	87,0
		Zeilen-%	3,4%	86,2%	10,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	12	390	40	442
		Erw. Anzahl	12,0	390,0	40,0	442,0
		Zeilen-%	2,7%	88,2%	9,0%	100,0%

Ein äquivalentes Ergebnis resultiert, wenn dieselbe Analyse mit der Facharztgruppe der Orthopäden durchgeführt wird. Auch hier ändert sich die geringe Kontakthäufigkeit nicht



entscheidend, wenn ein Zusammenhang der Beschwerden mit der Arbeitstätigkeit thematisiert wurde.

Zusätzlich zu den Kontaktpfaden wurde untersucht, inwieweit Hausärzte und Orthopäden ihren Patienten präventive Angebote machen, die nicht unbedingt im direkten Zusammenhang mit einer aktuellen Erkrankung stehen müssen. Für die Analyse wurden nur diejenigen Personen berücksichtigt, die auch in den letzten zwölf Monaten bei einem Hausarzt bzw. Orthopäden in Behandlung waren. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle 41 aufgeführt. Sie zeigen, dass Hausärzte und Orthopäden vergleichbare Häufigkeitsverteilungen aufweisen und jeweils knapp 40% der Befragten davon berichten, dass ihnen noch nie solche Angebote gemacht wurden.

**Tabelle 41: Präventive Angebote von Hausärzten bzw. Orthopäden**

Hat Ihnen Ihr ... schon einmal Angebote für Maßnahmen gemacht, die der Gesundheitsförderung dienen und die nicht unbedingt direkt mit Ihrer akuten Erkrankung in Verbindung standen?					
	Hausarzt			Orthopäde	
	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
Noch nie	266	38,0		108	36,6
Selten	155	22,1		50	16,9
Gelegentlich	224	32,0		103	34,9
Häufig	44	6,3		27	9,2
Sehr häufig	11	1,6		5	1,7
Gesamt	700	100,0		293	99,3
k.A.				2	0,7

### 6.1.5.3 Betriebsarztbefragung

In der Betriebsarztbefragung wurde mittels einiger Items erfragt, welche Kontakte zu Hausärzten und Orthopäden bestehen und ob aus diesen Kontakten für die betrieblichen Patienten erkennbare Vorteile resultiert sind.

94% der Betriebsärzte berichten davon, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte zu Hausärzten hatten und 68% hatten Kontakte zu Orthopäden. Von mehr als 25 Kontakten berichten 16,8% bzw. 4,5% der Betriebsärzte. Angesichts der z.T. sehr großen Anzahl betreuter Mitarbeiter müssen diese Kontaktquoten deshalb als gering eingeschätzt werden.

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Vernetzung und den Kontakten zu Hausärzten (Tabelle 42) und Orthopäden (Tabelle 43) zeigen hochsignifikante Ergebnisse. Dies zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit und Häufigkeit von Kontakten bedeutsam mit der Netzwerkmitgliedschaft zusammenhängt. Netzwerkmitglieder haben häufiger mehr als zehn Kontakte als Nichtmitglieder und solche Betriebsärzte, die noch nichts von einem betrieblichen Netzwerk gehört haben.

**Tabelle 42: Betriebsarztbefragung: Kontakte zu Hausärzten**

		1 ja, bin Mitglied	2 nein, bin kein Mitglied	3 noch nichts ... gehört	Gesamt
0 keine Kontakte	Anzahl	2	6	20	28
	Erwartete Anzahl	5,3	8,0	14,7	28,0
	Spalten-%	1,9%	3,8%	7,0%	5,1%
1 bis zu zwei Kontakten	Anzahl	10	20	46	76
	Erwartete Anzahl	14,3	21,8	39,9	76,0
	Spalten-%	9,7%	12,7%	16,0%	13,9%
2 3 bis 10 Kontakte	Anzahl	48	72	140	260
	Erwartete Anzahl	49,0	74,6	136,4	260,0
	Spalten-%	46,6%	45,9%	48,8%	47,5%
3 mehr als 10 Kontakte	Anzahl	43	59	81	183
	Erwartete Anzahl	34,5	52,5	96,0	183,0
	Spalten-%	41,7%	37,6%	28,2%	33,5%
Gesamt $r^{37} = -.130$ $p = .000$	Anzahl	103	157	287	547
	Erwartete Anzahl	103,0	157,0	287,0	547,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabelle 43: Betriebsarztbefragung: Kontakte zu Orthopäden**

		1 ja, bin Mitglied	2 nein, bin kein Mitglied	3 noch nichts ... gehört	Gesamt
0 keine Kontakte	Anzahl	22	42	110	174
	Erwartete Anzahl	33,0	49,8	91,3	174,0
	Spalten-%	21,2%	26,8%	38,2%	31,7%
1 bis zu zwei Kontakten	Anzahl	20	38	77	135
	Erwartete Anzahl	25,6	38,6	70,8	135,0
	Spalten-%	19,2%	24,2%	26,7%	24,6%
2 3 bis 10 Kontakte	Anzahl	42	63	82	187
	Erwartete Anzahl	35,4	53,5	98,1	187,0
	Spalten-%	40,4%	40,1%	28,5%	34,1%
3 mehr als 10 Kontakte	Anzahl	20	14	19	53
	Erwartete Anzahl	10,0	15,2	27,8	53,0
	Spalten-%	19,2%	8,9%	6,6%	9,7%
Gesamt $r = -.185$ $p = .000$	Anzahl	104	157	288	549
	Erwartete Anzahl	104,0	157,0	288,0	549,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Betriebsärzte mit Kontakten wurden darüber hinaus gefragt, wie oft sich aus diesem Kontakt ein erkennbarer Vorteil für den Patienten ergeben hat. Insgesamt gesehen werden die Kontakte zu Hausärzten positiver eingeschätzt als die Kontakte zu Orthopäden (Angaben in Klammern). 53,9% (37,2) aller Betriebsärzte sagen, dass diese „häufig“ oder „sehr häufig“ zu erkennbaren Vorteilen für die Patienten geführt haben. Nach

<sup>37</sup> Sofern nichts anderes angegeben wird handelt es sich bei den dargestellten Korrelationskoeffizienten ( $r =$ ) immer um Kendalls tau-b.

Orthopädenkontakten werden die Vorteile von 23,8% mit „nie“ oder „selten“ eingeschätzt. Die äquivalente Angabe gegenüber den Hausärzten beträgt 12,4%.

Die Netzwerkmitgliedschaft beeinflusst nur die Einschätzung der Wirksamkeit bezogen auf die Orthopädenkontakte signifikant. Dennoch ist bei beiden Vergleichen erkennbar, dass Netzwerkmitglieder die Kontakte vorteilhafter einschätzen als dies von den beiden anderen Gruppen gemacht wird; hier sind die Gruppenunterschiede nur minimal vorhanden.

**Tabelle 44: Betriebsarztbefragung: Vorteile für den Patienten nach Hausarztkontakten**

		1 ja, bin Mitglied	2 nein, bin kein Mitglied	3 noch nichts ... gehört	Gesamt
1 nie/selten	Anzahl	7	20	36	63
	Erwartete Anzahl	12,2	18,3	32,5	63,0
	Spalten-%	7,1%	13,5%	13,7%	12,4%
3 gelegentlich	Anzahl	32	54	86	172
	Erwartete Anzahl	33,4	49,9	88,7	172,0
	Spalten-%	32,3%	36,5%	32,7%	33,7%
5 häufig/sehr häufig	Anzahl	60	74	141	275
	Erwartete Anzahl	53,4	79,8	141,8	275,0
	Spalten-%	60,6%	50,0%	53,6%	53,9%
Gesamt $r=-.039$ ; $p=.329$	Anzahl	99	148	263	510
	Erwartete Anzahl	99,0	148,0	263,0	510,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabelle 45: Betriebsarztbefragung: Vorteile für den Patienten nach Orthopädenkontakten**

		1 ja, bin Mitglied	2 nein, bin kein Mitglied	3 noch nichts ... gehört	Gesamt
1 nie/selten	Anzahl	10	31	46	87
	Erwartete Anzahl	19,3	26,4	41,4	87,0
	Spalten-%	12,3%	27,9%	26,4%	23,8%
3 gelegentlich	Anzahl	32	43	68	143
	Erwartete Anzahl	31,6	43,4	68,0	143,0
	Spalten-%	39,5%	38,7%	39,1%	39,1%
5 häufig/sehr häufig	Anzahl	39	37	60	136
	Erwartete Anzahl	30,1	41,2	64,7	136,0
	Spalten-%	48,1%	33,3%	34,5%	37,2%
Gesamt $r=-.099$ ; $p=.030$	Anzahl	81	111	174	366
	Erwartete Anzahl	81,0	111,0	174,0	366,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Angesichts dieser positiven Einschätzungen der Folgen von Kontakten bleibt jedoch die Frage offen, warum diese Kontakte dann nicht häufiger gesucht werden. Denn dies hatte ja die Analyse der Kontakthäufigkeiten gezeigt.

Eventuell hängt es damit zusammen, dass niedergelassene Ärzte nicht immer eine Rückmeldung geben, wenn an sie eine entsprechende Anfrage gestellt wird. Inwieweit dies zutrifft, zeigt die folgende Tabelle.

**Tabelle 46: Rückmeldungen von Hausärzten auf entsprechende Anfragen durch die Betriebsärzte**

		1 ja, bin Mitglied	2 nein, bin kein Mitglied	3 noch nichts ... gehört	Gesamt
1 nie/selten	Anzahl	26	43	91	160
	Erwartete Anzahl	31,3	45,8	82,8	160,0
	Spalten-%	26,3%	29,7%	34,7%	31,6%
3 gelegentlich	Anzahl	28	32	55	115
	Erwartete Anzahl	22,5	33,0	59,5	115,0
	Spalten-%	28,3%	22,1%	21,0%	22,7%
5 häufig/sehr häufig	Anzahl	45	70	116	231
	Erwartete Anzahl	45,2	66,2	119,6	231,0
	Spalten-%	45,5%	48,3%	44,3%	45,7%
Gesamt $r=-.043$ ; $p=.273$	Anzahl	99	145	262	506
	Erwartete Anzahl	99,0	145,0	262,0	506,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Immerhin fast ein Drittel (31,6%) aller Betriebsärzte geben an, dass sie „nie“ oder „selten“ Rückmeldungen erhalten. Nur knapp die Hälfte sagen, dass sie „häufig“ oder „sehr häufig“ Rückmeldungen erhalten. Der Prozentsatz der „Enttäuschten“ ist bei den Netzwerkmitgliedern geringfügig kleiner (26,3%) als bei den beiden anderen Gruppen (29,7% und 34,7%). Dennoch scheint kein systematischer „Vorteil“ aus der Netzwerkmitgliedschaft zu resultieren. Eventuell könnten jedoch auch besonders hohe Erwartungen aus der Netzwerkmitgliedschaft erwachsen. Dann wäre es denkbar, dass die Betriebsärzte zwar häufiger Rückmeldungen erhalten, diese dann aber eher mit „gelegentlich“ einstufen und nicht als „häufig/sehr häufig“.

Zusammenfassend betrachtet müssten insbesondere die Hausärzte eigentlich die bedeutendste Rolle zur Prävention spielen, da zu diesen die häufigsten Kontakte von den Mitarbeitern bestehen und deshalb hier am ehesten ein drohender Handlungsbedarf erkennbar wird. Andererseits weisen die Daten darauf hin, dass ein möglicher Zusammenhang der Beschwerden mit der Arbeitstätigkeit nur unvollständig geklärt wird und dann auch keine systematische Abklärung mit den Betriebsärzten erfolgt. Wo dies seitens der Betriebsärzte versucht wird, ist die Enttäuschung über zu geringe Rückmeldungen offensichtlich deutlich ausgeprägt.

#### 6.1.5.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte

Zur potenziellen Rolle der niedergelassenen Ärzte in einem vernetzten System wurde bereits in den vorangegangenen Kapiteln eine Reihe von Ergebnissen präsentiert.

Diese zeigten, dass die niedergelassenen Ärzte bereits frühzeitig über umfangreiche Informationen über den Gesundheitszustand von Mitarbeitern verfügen, die sie dann in ein vernetztes System einbringen könnten. Insofern könnten die niedergelassenen Ärzte eine exponierte Rolle einnehmen. Allerdings zeigten die bisherigen Analysen, dass Kontakte zu anderen Kooperations- bzw. Vernetzungspartnern eher gering ausgeprägt sind, was dann die Weitergabe und das Management der Informationen schwierig macht.

In diesem Kapitel werden die Antworten auf die Kontaktfragen zu anderen Kooperationspartnern aus der Perspektive der niedergelassenen Ärzte aufgeführt.

47,7% der niedergelassenen Ärzte berichten davon, dass sie bis zu zehn Kontakten zu Betrieben hatten, bei denen dann die Gesundheitsförderung der betrieblichen Patienten thematisiert wurde. Weitere 5,2% geben an, dass sie mehr als zehn Kontakte hatten. Jedoch geben 47,1% an, dass sie gar keine Kontakte zu Betrieben hatten. Und dies, obwohl rund 30% der niedergelassenen Ärzte angeben, dass sie besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben durchführen.

Etwas häufiger sind die Kontakte zu Betriebsärzten: 54,9% der niedergelassenen Ärzte berichten davon, dass sie bis zu zehn Kontakten zu Betriebsärzten hatten, bei denen dann die Gesundheitsförderung der betrieblichen Patienten thematisiert wurde. Weitere 9,8% geben an, dass sie mehr als zehn Kontakte hatten. Jedoch geben 35,3% an, dass sie gar keine Kontakte zu Betrieben hatten.

Uneinheitlich sind die Kontakte zu niedergelassenen Kollegen: 44,4% berichten davon, dass sie bis zu zehn Kontakten zu anderen niedergelassenen Kollegen hatten, bei denen dann die Gesundheitsförderung der betrieblichen Patienten thematisiert wurde. Weitere 12,1% geben an, dass sie mehr als zehn Kontakte hatten. Jedoch geben immerhin 42,5% an, dass sie gar keine Kontakte zu anderen niedergelassenen Kollegen hatten.

Angesichts der großen Anzahl betrieblicher Patienten scheinen die Kontakthäufigkeiten doch eher gering ausgeprägt zu sein, sofern sie überhaupt bestehen. Daher müssen die Beiträge der niedergelassenen Ärzte im Rahmen eines vernetzten Systems zur Vorhersage von individuellen Krankheitsrisiken und potenziellem Teilhabebedarf als stark ausbaufähig eingeschätzt werden.

### **6.1.6 Fördernde und hemmende Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive)**

An dieser Stelle wird der Versuch unternommen, ein Vernetzungsmodell zu beschreiben. Das Vernetzungsmodell wird einerseits Bedingungsvariablen enthalten, die nachweisbar mit dem Ausmaß an Vernetzung im Zusammenhang stehen, und andererseits werden auch bestimmte Outputvariablen der Vernetzung untersucht. Das Modell wird an dieser Stelle beschrieben, weil die Bedingungsvariablen und auch die Outputvariablen wesentliche förderliche und hemmende Faktoren darstellen: Sollte z. B. nachgewiesen werden, dass die Personalverantwortlichen von vernetzten Betriebe eine bessere Gesundheit der Mitarbeiter angeben als für Mitarbeiter aus nicht vernetzten Betrieben, dann wäre sowohl der Einfluss auf eine Outputvariable als auch gleichzeitig ein fördernder Faktor beschrieben, warum sich Betriebe vernetzen sollten.

#### **6.1.6.1 Betriebsbefragung**

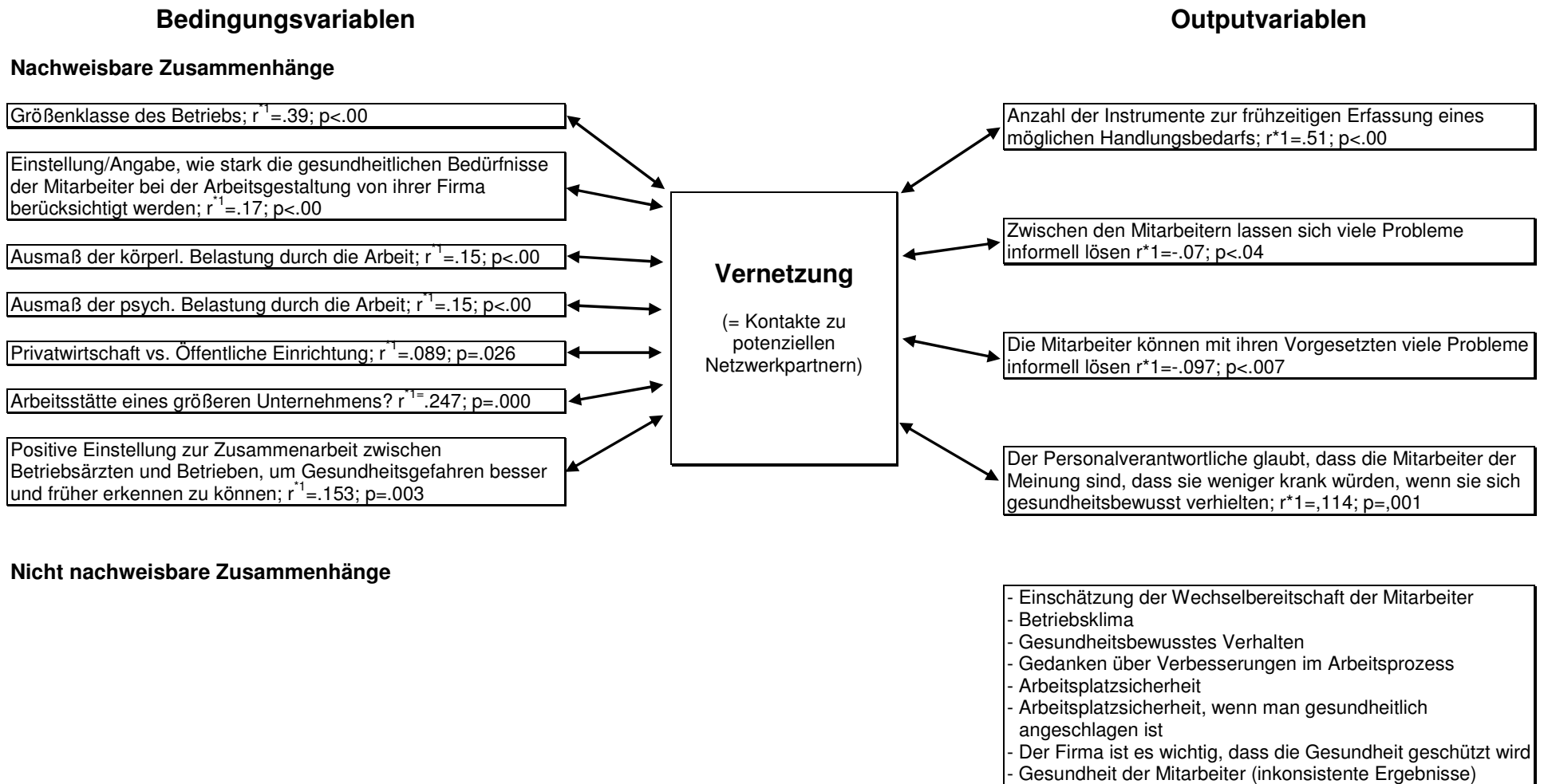
Die Verwendung der Antwort auf die „formale Netzwerkfrage“ scheidet als Indikator für das Vernetzungskonstrukt (vgl. Kapitel 6.1.1) bei der Betriebsbefragung aus, weil eine viel zu geringe Anzahl von Personalverantwortlichen angegeben haben, mit ihrem Betrieb Teil eines Netzwerkes zu sein. Deshalb wird alternativ als Netzwerkindikator die Anzahl der potenziellen Netzwerkpartner verwendet. Zu solchen Netzwerkpartnern sollten die befragten Personalverantwortlichen angeben, ob es in den letzten zwölf Monaten Kontakte gab, bei denen die Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung wesentlicher Anlass und/oder Inhalt des Kontakts waren.

Zu den Bedingungsvariablen gehören sowohl Strukturvariablen des Betriebes als auch eher „weiche“ Variablen wie z. B. eine positive Einstellung zur Vernetzung.

Zu den Outputvariablen gehören klassische Variablen bzw. Indikatoren, die sowohl Erfolge betrieblichen Handelns als auch handlungsrelevante Merkmale der Mitarbeiter (z. B. Motivation) beschreiben, die direkt oder indirekt einen Einfluss auf Betriebsergebnisse haben können. Das Modell ist auf der folgenden Seite abgebildet.

Im oberen Teil werden diejenigen Variablen bzw. Konstrukte aufgeführt, die statistisch nachweisbare und auch in ihrer Höhe relevante Zusammenhänge aufweisen. Im unteren Teil der Abbildung werden Variablen aufgeführt, für die keine Zusammenhänge mit der Vernetzung nachweisbar waren. Die Zuordnung der einzelnen Indikatoren zu den Bedingungsvariablen bzw. Outputvariablen kann an dieser Stelle nur sachlogisch begründet werden. Darüber hinaus werden aus Gründen der Übersichtlichkeit auch nur die bivariaten Zusammenhänge abgebildet, obwohl eine Vielzahl von Variablen auch untereinander Zusammenhänge aufweisen.

**Abbildung 6: Betriebsbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen**



\*1 Korrelationskoeffizient Kendall-Tau-b

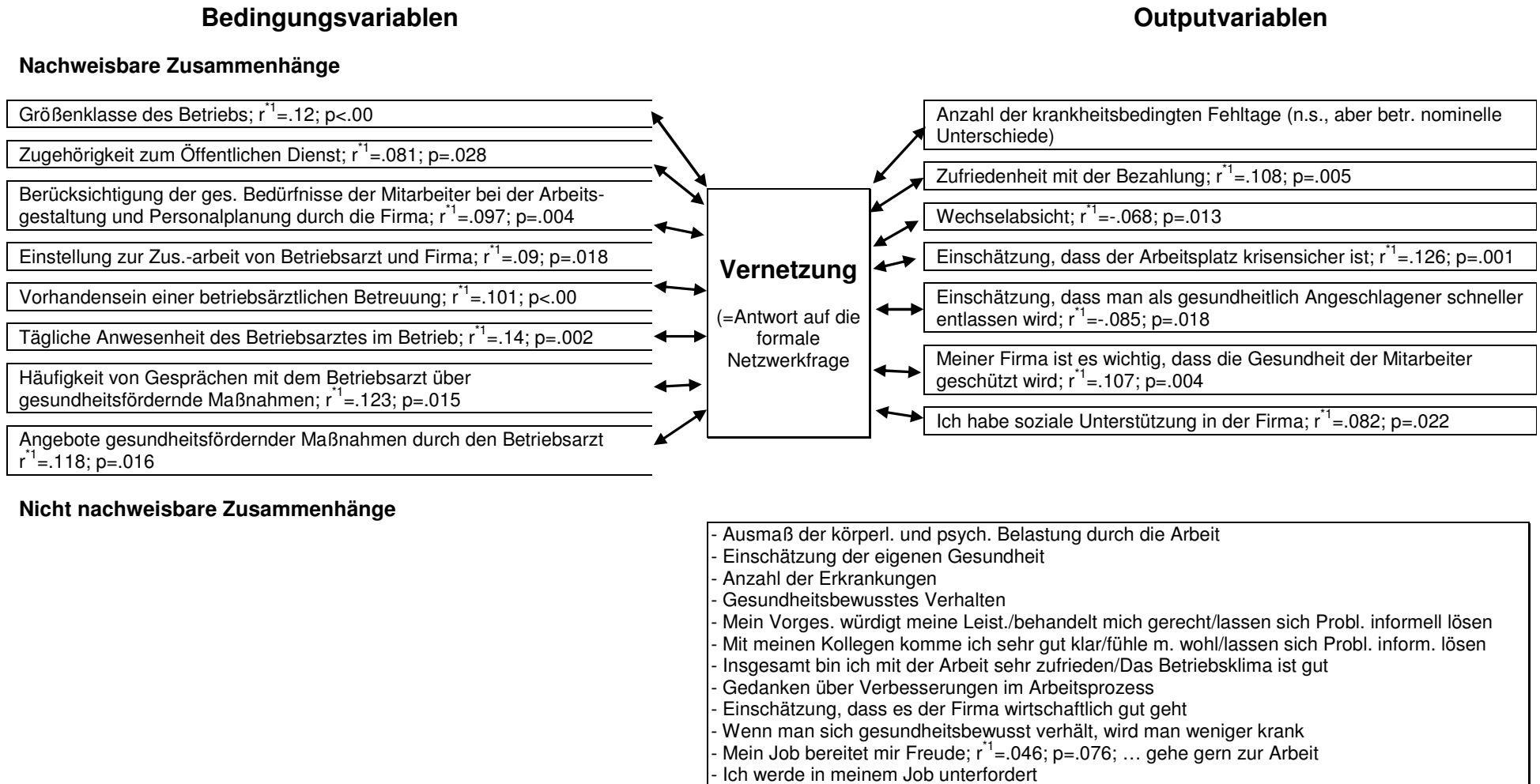
### **6.1.6.2 Mitarbeiterbefragung**

Eine identische Analyse wurde mit den Daten aus der Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Von besonderem Interesse waren dabei die Outputvariablen, weil hier der direkte Zugriff auf die Befragten möglich war und nicht der „Umweg“ über die Meinung der Personalverantwortlichen aus den Betrieben genommen werden musste.

Als Indikatorvariable zur Festlegung der Vernetzung wurde die formale Netzwerkfrage verwendet. Insgesamt gaben 31 Befragte an, in einer Firma zu arbeiten, in der es ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung gibt.



**Abbildung 7: Mitarbeiterbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen**

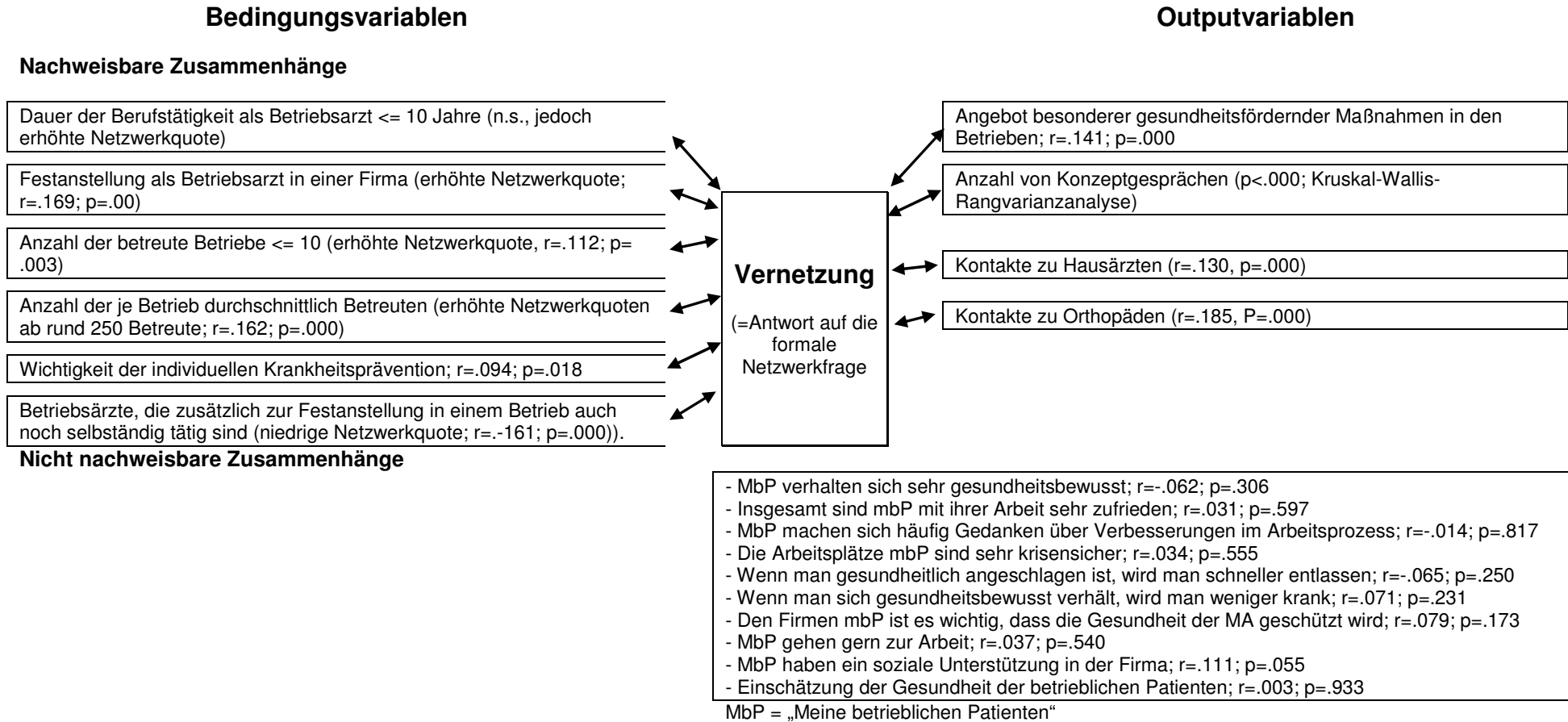


\*1 Korrelationskoeffizient Kendall-Tau-b

### **6.1.6.3 Betriebsarztbefragung**

Auf der folgenden Seite wird das Vernetzungsmodell aus den Ergebnissen der Betriebsarztbefragung präsentiert. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die beobachteten bzw. nicht nachweisbaren Zusammenhänge von einer Vielzahl von Variablen abhängig sein können, die jenseits des Einflusses des Betriebsarztes liegen dürften. So ist durchaus plausibel, dass selbst hoch motivierte und außerordentlich stark engagierte Betriebsärzte kaum einen Einfluss auf die Gesundheit der betreuten Mitarbeiter nehmen können, wenn der Arzt gleichzeitig eine Vielzahl von Kleinbetrieben betreuen muss, bei denen die Betriebsverantwortlichen die Anwendung von innovativen Konzepten eventuell behindern.

**Abbildung 8: Betriebsarztbefragung: Abbildung eines Vernetzungsmodells mit Bedingungs- und Outputvariablen**



MbP bzw. mbP = „Meine betrieblichen Patienten“  
 Alle Korrelationskoeffizienten = Kendalls tau-b

#### **6.1.6.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte**

Für die niedergelassenen Ärzte muss die Erstellung eines Vernetzungsmodells unterbleiben, da insgesamt nur vier (2,6%) der Befragten angaben, Mitglied in einem betrieblichen Netzwerk zur Gesundheitsförderung zu sein. Insofern wären Vergleiche zwischen vernetzten und nicht vernetzten Hausärzten und Orthopäden in so bedeutendem Ausmaß von nicht kontrollierbaren Randvariablen beeinflusst, die eine valide Interpretation der Daten verhindert.

#### **6.1.7 Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?**

In der öffentlichen Diskussion und in der Fachliteratur wird häufig der Datenschutz als eine wesentliche Schranke genannt, die den Informationsaustausch zwischen den relevanten Netzwerkpartnern verhindert. So wird z. B. argumentiert, dass ein niedergelassener Arzt die erhobenen Befunde gar nicht an den Betriebsarzt weitergeben könne, weil datenschutzrechtliche Bestimmungen dies grundsätzlich verhindern würden. Der Betriebsarzt könnte dann seinerseits keine Arbeitsplatzadaptation vornehmen, weil ihm die notwendigen Informationen fehlen, dass möglicherweise schweres Heben und Tragen die Ursache für die chronischen Rückenbeschwerden sind. Wenn diese Informationen besser zugänglich wären, gäbe es mehr/größere Gestaltungsräume für eine präventive Gesundheitsvorsorge und man könnte die erforderlichen Anpassungen vornehmen.

Ein zukünftiger Regelungsbedarf wäre dann dringend gegeben, wenn einerseits der derzeitige Datenschutz den Informationsfluss behindert und andererseits nach einer Änderung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Datenschutzes wesentlich besser präventiv gehandelt werden könnte.

##### **6.1.7.1 Betriebsbefragung**

Im Rahmen der Betriebsbefragung sollte geprüft werden, inwieweit der Datenschutz ein wesentliches Problem in der betrieblichen Realität darstellt. Dabei sollten die Personalverantwortlichen keine juristische Einschätzung der gesetzlichen Grundlage vornehmen, sondern eine eher persönliche Meinung in Form der Zustimmung oder Ablehnung zu einem als Meinungsäußerung tituliertem Item abgeben. Sie hatten auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen, inwieweit sie zwei Aussagen zur Schweigepflicht zustimmen oder nicht zustimmen. Die Fragen lauteten „Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum Arzt“ und „Wenn es die ärztliche Schweigepflicht nicht

gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun“.

Die Antworten zeigen, dass hier die Meinungen weiter auseinander gehen, als dies erwartet wurde. So stimmen nur 11,2% der Befragten der Meinung sehr zu, dass die Schweigepflicht den Informationsfluss vom und zum Arzt behindert. Weitere 36,4% stimmen dieser Meinung zu. Auf der anderen Seite sind insgesamt 52,4% der Meinung, dass der Informationsfluss nicht oder gar nicht behindert wird.

Die Antworten auf die zweite Aussage sind nur im Zusammenhang mit den Antworten auf die erste Aussage sinnvoll zu interpretieren. Deshalb wurden beide Häufigkeitsverteilungen in Beziehung zueinander gesetzt und in der folgenden Tabelle abgebildet.

**Tabelle 47: Betriebsbefragung: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge**

		Wenn es die ärztliche Schweigepflicht nicht gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun					
			Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu	Gesamt
Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum Arzt	Stimme sehr zu	Anzahl	29	20	10	5	64
		Erw. Anzahl	5,6	16,9	22,5	19,0	
		Spalten-%	58,0%	13,3%	5,0%	3,0%	11,2%
	Stimme zu	Anzahl	14	93	73	27	207
		Erw. Anzahl	18,2	54,6	72,8	61,5	
		Spalten-%	28,0%	62,0%	36,5%	16,0%	36,4%
	Stimme nicht zu	Anzahl	1	29	102	43	175
		Erw. Anzahl	15,4	46,1	61,5	52,0	
		Spalten-%	2,0%	19,3%	51,0%	25,4%	30,8%
	Stimme gar nicht zu	Anzahl	6	8	15	94	123
		Erw. Anzahl	10,8	32,4	43,2	36,5	
		Spalten-%	12,0%	5,3%	7,5%	55,6%	21,6%
Gesamt		Anzahl	50	150	200	169	569
r=.508		Erw. Anzahl					
p=.000		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Für die Interpretation der Daten ist einerseits die Prüfung von Antwortmustern und andererseits der Vergleich der tatsächlich gegebenen Zellhäufigkeiten mit den erwarteten Zellhäufigkeiten erforderlich.

Die Personen mit der Meinung, dass der Informationsfluss sehr behindert wird, stimmen 29mal dem Item zu, dass man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge tun könnte. Dies entspricht den Erwartungen, die anhand der öffentlichen Diskussion gewonnen werden

könnten. Allerdings ist dies wesentlich häufiger, als man anhand der Gesamtantworten auf dieses Item erwartet hätte.

Die Antworten von Personen, die dem Informationsfluss-Item gar nicht zustimmen, könnten dahingehend interpretiert werden, dass hier möglicherweise entsprechende Erfahrungen vorliegen und das Problem der Schweigepflicht für alle Seiten zufrieden stellend gelöst wurde. Diese Personen lehnen überzufällig häufig die Meinung ab, dass man ohne Schweigepflicht wesentlich mehr für die Gesundheitsversorgung tun würde.

Diese Daten sprechen für die folgende Interpretation: Wenn in Betrieben die Erfahrung gemacht wird, dass die Weitergabe von Informationen von Ärzten nicht gelingt, dann wäre eine geringe Anzahl von Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung damit begründbar, dass diese ohne die notwendigen Informationen auch gar nicht durchgeführt werden können. Sobald jedoch entsprechende positive Erfahrungen vorliegen, zeigt sich, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen von einer Vielzahl anderer Voraussetzungen (z. B. finanziellen Ressourcen) abhängig sind und diese anderen Probleme nicht gelöst werden können.

Mit der folgenden Analyse wird die Frage untersucht, ob der bloße Kontakt zu potenziellen Netzwerkpartnern ein wesentliches Element für die Lösung des Datenschutzproblems ist. In diesem Falle müssten Personalverantwortliche von Betrieben, die entsprechende Kontakte aufweisen, die Frage nach der Behinderung des Informationsflusses relativ häufiger ablehnen als Personalverantwortliche von Betrieben, die keine oder wenige Kontakte haben.

**Tabelle 48: Kontakte und Schweigepflicht**

			1 Ja*	2 Nein*	3 Keine Angabe*	Gesamt
Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum Arzt	1 Stimme sehr zu	Anzahl	12	51	4	67
		Erwartete Anzahl	6,3	58,6	2,0	
		Spalten-%	21,4%	9,9%	22,2%	11,3%
	2 Stimme zu	Anzahl	18	197	5	220
		Erwartete Anzahl	20,8	192,5	6,7	
		Spalten-%	32,1%	38,1%	27,8%	37,2%
	3 Stimme nicht zu	Anzahl	20	153	6	179
		Erwartete Anzahl	17,0	156,6	5,5	
		Spalten-%	35,7%	29,6%	33,3%	30,3%
	4 Stimme gar nicht zu	Anzahl	6	116	3	125
		Erwartete Anzahl	11,8	109,3	3,8	
		Spalten-%	10,7%	22,4%	16,7%	21,2%
Gesamt		Anzahl	56	517	18	591
chi=12,97; p=.044 r=.051; p=.188 <sup>38</sup>		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\* Antworten auf die Frage, ob es „in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte zu Hausärzten oder Orthopäden ihrer Mitarbeiter gegeben (hat), bei denen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ thematisiert wurde?“

Die Ergebnisse zeigen das genaue Gegenteil: Diejenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten Kontakte zu Ärzten hatten, stimmen der Frage fast doppelt so häufig zu, als dies zu erwarten wäre. Dies spricht dafür, dass aus den bloßen Kontakten noch nicht geschlossen werden kann, dass der Eindruck der Behinderung des Informationsflusses verringert wird. Vergleichbare Ergebnisse werden erzielt, wenn man die gleiche Analyse anstatt der Kontakte zu Ärzten mit der Anzahl der potenziellen Kontaktpartner durchführt. Offensichtlich müssen über den Kontakt hinaus weitere Komponenten des Kontaktes so ausgerichtet werden, dass eine Lösung des Datenschutzproblems möglich ist. Sofern diese weiteren Probleme nicht gelöst werden, vergrößert sich eher die Wahrnehmung, dass die Schweigepflicht den Informationsfluss behindert<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Die Höhe des Korrelationskoeffizienten erreicht nicht die Signifikanzgrenze, was aber v. a. durch die Antworten in der „keine Antwort“-Kategorie beeinflusst wird. Nach der Herausnahme dieser Antworten in einer Nachanalyse erreichte das Zusammenhangsmaß eine signifikante Größe ( $r$  (Kendalls tau-b)=.77;  $p=.049$ ).

<sup>39</sup> Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit Ergebnissen aus einer anderen empirischen Untersuchung (Trube & Luschei 2000). In einem Modellprojekt sollte ein systematisches Netzwerk zwischen Kontaktpartnern aufgebaut und institutionalisiert werden, die vorher nur einzelfallbezogen miteinander kommuniziert hatten. Die Erfahrungen zeigten, dass mit zunehmender Häufigkeit der Kontakte diese als eher schwieriger wahrgenommen wurden.

Insgesamt stellt sich damit der Datenschutz aus der betrieblichen Perspektive als ein hemmender Faktor dar, der durch bloßen Kontakt zu Ärzten sowie weiteren potenziellen Netzwerkpartnern auch nicht gelöst sondern eher vergrößert wird. Es wäre zu prüfen, ob es Kontaktkomponenten gibt, die in der Praxis das Datenschutzproblem verringert haben. Hier wären z. B. formale Regelungen denkbar, die einerseits definieren, welche Informationen weitergegeben werden dürften und andererseits, wie dies in Absprache und mit Zustimmung der betrieblichen Mitarbeiter geschehen kann, damit das Datenschutzproblem auch auf eine rechtlich korrekte Art gelöst werden kann.

#### **6.1.7.2 Mitarbeiterbefragung**

Bei der Mitarbeiterbefragung konnten konkrete und detaillierte Ergebnisse dazu gewonnen werden, inwieweit die Befragten bereit sind, Betriebsärzte, Hausärzte und Orthopäden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Es wurde jeweils einzeln danach gefragt, ob sie einer Schweigepflichtentbindung gegenüber den o.g. Ärzten sowie ihrer Firma bereit wären. Die Befragten konnten für jedes „Informationspaar“ eine der folgenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen: „Ja“; „Ja, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen“; „Eher nein“; „Nein“ und „Weiß nicht/keine Antwort“. Die Detailergebnisse werden in der folgenden Tabelle dargestellt, die jedoch auch im anschließenden Text erläutert und kommentiert werden.



**Tabelle 49: Mitarbeiterbefragung: Entbindung von der Schweigepflicht**

Zu einer Schweigepflichtentbindung des (1) wäre ich eventuell bereit gegenüber (2)		(2)				Mittelw. links	Mittelw. Ärzte	
		Betriebsarzt	Firma	Hausarzt	Orthopäde			
(1)	Betriebsarzt	1 Ja		7,7	61,6	47,5	38,9	54,6
		2 Ja, aber nur unter ganz best. Bedingungen		24,3	20,7	21,4	22,1	21,1
		3 Eher nein		13,3	1,9	2,9	6,0	2,4
		4 Nein		35,3	6,0	9,0	16,8	7,5
		5 Weiß nicht/keine Antwort		19,4	9,8	19,2	16,1	14,5
	Hausarzt	1 Ja	31,1	5,9		43,2	26,7	37,2
		2 Ja, aber nur unter ganz best. Bedingungen	29,9	20,6		22,7	24,4	26,3
		3 Eher nein	6,6	14,2		3,8	8,2	5,2
		4 Nein	18,3	43,2		14,2	25,2	16,3
		5 Weiß nicht/keine Antwort	14,1	16,1		16,1	15,4	15,1
	Orthopäde	1 Ja	28,2	6,7	55,6		30,2	41,9
		2 Ja, aber nur unter ganz best. Bedingungen	28,8	23,0	21,4		24,4	25,1
		3 Eher nein	6,5	12,2	2,4		7,0	4,5
		4 Nein	18,5	39,2	9,5		22,4	14,0
		5 Weiß nicht/keine Antwort	18,0	18,9	11,1		16,0	14,6
Mittelwerte	1 Ja	29,7	6,8	58,6	45,4	31,9	44,5	
	2 Ja, aber nur unter ganz best. Bedingungen	29,4	22,6	21,1	22,1	23,6	24,2	
	3 Eher nein	6,6	13,2	2,2	3,4	7,1	4,0	
	4 Nein	18,4	39,2	7,8	11,6	21,5	12,6	
	5 Weiß nicht/keine Antwort	16,1	18,1	10,5	17,7	15,9	14,7	

Alle Angaben in %

In den letzten beiden Spalten sowie im unteren Zeilenblock sind jeweils berechnete Maßzahlen (Mittelwerte) aufgeführt. Die Originalantworten befinden sich links und oberhalb davon.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten offensichtlich in beträchtlichem Ausmaß dazu bereit sind, ihre Ärzte von der jeweiligen Schweigepflicht zu befreien, wenn der Adressat der Informationen ein anderer Arzt ist. 44,5% geben diesbezüglich die Antwort „ja“ und weitere 24,2% „ja, aber nur unter ganz bestimmten Umständen“. Die Hausärzte werden als Adressaten offensichtlich am vertrauenswürdigsten eingestuft. Sie erhalten die höchsten Zustimmungsraten (61,6% und 55,6% „ja“-Antworten). Die niedrigsten „ja“-Quoten erreichen die Betriebsärzte (31,1% und 28,2%). Dies könnte möglicherweise daran liegen, dass die Unabhängigkeit der Betriebsärzte von den Firmen seitens vieler Beschäftigter als nicht sehr hoch eingeschätzt wird und die Befürchtung besteht, dass die Informationen an den Betrieb weitergeleitet werden könnten. Niedrige Zustimmungsraten von weniger als 10% „ja“-Antworten erreichen die Firmen als Adressaten. Offensichtlich sind hier die Vorbehalte der Mitarbeiter besonders groß. Die Häufigkeiten auf die Antwortalternative „ja, aber nur unter ganz bestimmten Umständen“ sind jedoch mit denen vergleichbar, die die anderen Adressaten erhalten. Dies könnte darauf hinwei-

sen, dass die Mitarbeiter zur Informationsweitergabe an die Firmen bereit sind, wenn sie denn Kenntnisse über die Bedingungen und Inhalte der Informationen und deren Weitergabe haben und eventuell diese Bedingungen mit beeinflussen könnten.

In einer Sonderauswertung wurden die Zusammenhänge zwischen der Zustimmung zur Schweigepflichtentbindung und der Vernetzung überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass Mitarbeiter aus vernetzten Betrieben noch häufiger zur Schweigepflichtentbindung bereit sind, als Mitarbeiter aus nicht vernetzten Betrieben<sup>40</sup>.

Insofern stellt die bestehende Schweigepflicht kaum eine entscheidende Hürde für Vernetzungsmaßnahmen dar, da die Beschäftigten durchaus in beträchtlichem Ausmaß bereit sind, ihre Ärzte von deren Schweigepflicht zu entbinden. Diese scheint auch noch beträchtlich steigerbar zu sein, wenn den Beschäftigten die Bedingungen bekannt und möglicherweise beeinflussbar sind.

### **6.1.7.3 Betriebsarztbefragung**

Äquivalent zur Betriebsbefragung wurde auch bei der Betriebsarztbefragung geprüft, in wie weit die Schweigepflicht den Informationsfluss zu den anderen Ärzten behindert. Darüber hinaus wurde erfragt, ob man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun könne, wenn es die Schweigepflicht nicht gäbe. Die folgende Tabelle 50 stellt die Ergebnisse in Form einer Kreuztabelle dar. Zunächst werden die Randhäufigkeiten und danach die inneren Zellohäufigkeiten diskutiert.

---

<sup>40</sup> Dies trifft für acht der neun durchgeführten Analysen zu.

**Tabelle 50: Betriebsarztbefragung: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge**

			Wenn es die ärztliche Schweigepflicht nicht gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun				
			Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu	Gesamt
Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum Arzt	Stimme sehr zu	Anzahl	16	13	10	4	43
		Erw. Anzahl	1,7	8,8	16,9	15,7	43,0
		Spalten-%	80,0%	12,5%	5,0%	2,2%	8,4%
	Stimme zu	Anzahl	4	80	66	24	174
		Erw. Anzahl	6,8	35,4	68,4	63,3	174,0
		Spalten-%	20,0%	76,9%	32,8%	12,9%	34,1%
	Stimme nicht zu	Anzahl	0	11	116	43	170
		Erw. Anzahl	6,7	34,6	66,9	61,9	170,0
		Spalten-%	,0%	10,6%	57,7%	23,1%	33,3%
	Stimme gar nicht zu	Anzahl	0	0	9	115	124
		Erw. Anzahl	4,9	25,2	48,8	45,1	124,0
		Spalten-%	,0%	,0%	4,5%	61,8%	24,3%
r=.629; p=.000	Gesamt	Anzahl	20	104	201	186	511
		Erw. Anzahl	20,0	104,0	201,0	186,0	511,0
		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

42,5% der Betriebsärzte sind der Meinung, dass die Schweigepflicht den Informationsfluss zwischen den Ärzten behindert (Antwort „stimme sehr zu“ und „stimme zu“). Dieser Zustimmungszuentsatz ist damit noch geringer, als dies bereits bei der Betriebsbefragung der Fall war. Offensichtlich wird die Schweigepflicht von noch weniger Ärzten als problematisch wahrgenommen, als dies bei den Personalverantwortlichen aus den Betrieben (47,6%) war.

Ebenso verhält es sich mit den Angaben zur Aussage, dass man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge tun könne wenn es die Schweigepflicht nicht gäbe. 124 Personen (24,3%) sind diesbezüglich „eher optimistisch“ eingestellt und kreuzen die Antwortmöglichkeiten „stimme sehr zu“ oder „stimme zu“ an. Bei der Betriebsbefragung waren dies noch 35,1%.

Diese Antworten deuten an, dass ein möglicher Regelungsbedarf kaum als dringend wahrgenommen wird, da einerseits die Schweigepflicht den Informationsfluss nicht entscheidend behindert und selbst dann nicht viel mehr getan werden könnte, wenn es die Schweigepflicht in der derzeitigen Form nicht gäbe.

Die Analyse der inneren Zellhäufigkeiten bestätigt die Randdaten eindrucksvoll: Diejenigen, die der Meinung sehr zustimmen, dass die Schweigepflicht den Informationsfluss

behindert, sind auch extrem häufig der Ansicht, dass man mehr tun könne, wenn es die Schweigepflicht nicht gäbe. Hierbei könnte es sich um Betriebsärzte handeln, die entweder keine oder nur schlechte Erfahrungen mit dem Informationsaustausch gemacht haben. Diejenigen, die wahrscheinlich eher gute Erfahrungen mit dem Informationsaustausch gemacht haben (Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“) sind dann eher enttäuscht, was die positiven Auswirkungen dieses Informationsaustausches angeht (Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ bei „... könnte man viel mehr für ... tun“). Dies scheint darauf hinzudeuten, dass die Schweigepflicht keinen entscheidenden Hinderungsgrund darstellt, wenn man mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun will.

#### 6.1.7.4 Befragung der niedergelassenen Ärzte

Äquivalent zur Betriebs- und Betriebsarztbefragung wurde auch bei der Befragung der niedergelassenen Ärzte geprüft, in wie weit die Schweigepflicht den Informationsfluss zu anderen Ärzten behindert. Darüber hinaus wurde erfragt, ob man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun könne, wenn es die Schweigepflicht nicht gäbe. Die folgende Tabelle 51 stellt die Ergebnisse in Form einer Kreuztabelle dar.

**Tabelle 51: Befragung der niedergel. Ärzte: Ärztliche Schweigepflicht und Gesundheitsvorsorge**

			Wenn es die ärztliche Schweigepflicht nicht gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun				
			Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu	Gesamt
Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum Arzt	Stimme sehr zu	Anzahl	1	3	4	1	9
		Erw. Anzahl	0,4	1,3	2,6	4,7	9,0
		Spalten-%	14,3%	13,6%	9,3%	1,3%	6,0%
	Stimme zu	Anzahl	3	9	9	6	27
		Erw. Anzahl	1,3	4,0	7,8	14,0	27,0
		Spalten-%	42,9%	40,9%	20,9%	7,8%	18,1%
	Stimme nicht zu	Anzahl	1	4	22	9	36
		Erw. Anzahl	1,7	5,3	10,4	18,6	36,0
		Spalten-%	14,3%	18,2%	51,2%	11,7%	24,2%
	Stimme gar nicht zu	Anzahl	2	6	8	61	77
		Erw. Anzahl	3,6	11,4	22,2	39,8	77,0
		Spalten-%	28,6%	27,3%	18,6%	79,2%	51,7%
r=.488; p=.000	Gesamt	Anzahl	7	22	43	77	149
		Erw. Anzahl					
		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lediglich 24,1% der Befragten sind der Meinung, dass die Schweigepflicht den Informationsausfluss zwischen den Ärzten behindert (Antwort „stimme sehr zu“ und „stimme zu“). Dieser Zustimmungssatz ist damit noch geringer, als dies bereits bei der Betriebs- (47,6%) und der Betriebsarztbefragung (42,5%) der Fall war. Dies spricht deutlich dafür, dass die Schweigepflicht von wenigen Befragten als problematisch wahrgenommen wird.

Ebenso verhält es sich mit den Angaben zur Aussage, dass man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge tun könne, wenn es die Schweigepflicht nicht gäbe. 29 Personen (19,5%) sind diesbezüglich „eher optimistisch“ eingestellt und kreuzen die Antwortmöglichkeiten „stimme sehr zu“ oder „stimme zu“ an. Bei der Betriebs- und der Betriebsarztbefragung waren dies noch 35,1% bzw. 24,3%.

Diese Antworten deuten an, dass ein möglicher Regelungsbedarf kaum als dringend wahrgenommen wird, da einerseits die Schweigepflicht den Informationsfluss nicht entscheidend behindert und selbst dann nicht viel mehr getan werden könnte, wenn es die Schweigepflicht in der derzeitigen Form nicht gäbe. Der ermittelte Korrelationskoeffizient ( $r=.488$ ) stützt diese Annahme.

## **6.2 Ergebnisse der vertiefenden Befragung der verschiedenen Zielgruppen**

Im folgenden Kapitel werden die Antworten der verschiedenen Befragten nach den u. g. vernetzungsrelevanten Aspekten, abgeleitet aus den Fragebögen der quantitativen Untersuchung, dargestellt.

- ◆ Verantwortlichkeit im Betrieb
- ◆ Ansprechpartner im Betrieb
- ◆ Betriebsärztliche Betreuung
- ◆ Frühwarnsystem, Signale und Instrumentarien
- ◆ Kooperation intern und extern
- ◆ Koordination
- ◆ Kommunikationsstrukturen und -mittel
- ◆ Schweigepflicht und Datenschutz

Die zitierten Aussagen einzelner befragter Personen bleiben anonym und werden durch Kursivschrift kenntlich gemacht.

### **6.2.1 Mitarbeiter aus der Mitarbeiterbefragung**

Die fünf vertiefend befragten Mitarbeiter haben die innerbetrieblichen Strukturen der betrieblichen Praxis dargestellt, die ihrer subjektiven Einschätzung nach bei Schwierigkeiten mit dem Arbeitsplatz durch den Betrieb vorgegeben sind. Darüber hinaus haben sie betriebliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, den Informationsaustausch sowie die Kooperation unter den Akteuren beschrieben.

#### **6.2.1.1 Verantwortlichkeit im Betrieb**

Die befragten Mitarbeiter haben den Eindruck, dass der Unternehmensführung die Gesundheit der Mitarbeiter etwas bedeutet. Die Unternehmensführung ist verantwortlich für alle Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Formulierungen hierzu, etwa in einem Unternehmensleitbild, sind den Mitarbeitern nicht bekannt. Es wurde vereinzelt die Vermutung geäußert, dass die Unternehmensführung im Bedarfsfall konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder zur Arbeitssicherheit, aus Kostengründen nur sehr zögerlich ergreift. Die an der Umsetzung beteiligten und von der Unternehmens-

führung als zuständig benannten Akteure setzen jedoch mit viel Engagement die nach ihrer Auffassung notwendigen Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz gegenüber der Unternehmensführung durch.

### **6.2.1.2 Ansprechpartner im Betrieb**

Für die befragten Mitarbeiter ist der direkte Vorgesetzte der erste Ansprechpartner im Betrieb.

Auch ohne besonderen Anlass werden regelmäßig zwischen dem direkten Vorgesetzten und dem Mitarbeitern persönliche Gespräche über das Befinden der Mitarbeiter geführt.

Treten gesundheitliche Beschwerden auf, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen könnten oder kann die berufliche Tätigkeit auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr in vollem Umfang ausgeübt werden, wird zunächst ein Gespräch mit dem direkten Vorgesetzten geführt.

Der direkte Vorgesetzte ist auch dann der erste Ansprechpartner, wenn der Mitarbeiter nach längerer Erkrankung seine Arbeit wieder aufnehmen möchte. Er entscheidet, welche weiteren betrieblichen und externen Akteure hinzuzuziehen sind.

Bestehen die Beschwerden, während der Mitarbeiter noch im Betrieb und noch nicht arbeitsunfähig erkrankt ist, wird je nach Branche und ausgeübter Tätigkeit eine Arbeitsplatzbegehung mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit durchgeführt. Lassen sich die gesundheitlichen Beschwerden bereits an konkreten Umständen festmachen, treten etwa bei Büroarbeitsplätzen Rückenbeschwerden auf, veranlasst der direkte Vorgesetzte in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etwa die Anschaffung eines rückengerechten Stuhls. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit erstellt während der Arbeitsplatzbegehung ein Protokoll und verweist im gegebenen Fall an den Betriebsarzt. Das wird jedoch nur dann veranlasst, wenn das Ausmaß der vorliegenden Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit nicht einzuschätzen ist, oder eine tiefere Ursachenanalyse über die Anforderungen des Arbeitsplatzes und die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters erforderlich wird.

Der Mitarbeiter, der nach längerer Erkrankung an seinen Arbeitsplatz zurückkehren möchte, hat den ersten Kontakt mit seinem direkten Vorgesetzten während der noch andauernden Arbeitsunfähigkeit. Wird der Mitarbeiter stationär behandelt, besteht der Kontakt bereits während der Zeit des Klinikaufenthalts. Es wird nach einer Möglichkeit gesucht, stufenweise an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Auch hier wird meist nur dann der Betriebsarzt hinzugezogen, wenn ein möglicher Zusammenhang zwischen der

Erkrankung und der beruflichen Tätigkeit zu ermitteln ist oder die Betreuung des Betriebsarztes zur Wiedereingliederung erforderlich ist. Die Mitarbeiter nehmen an, dass, wenn eine medizinische Begleitung oder Betreuung der Maßnahme erforderlich ist, hier der Hausarzt oder ein anderer externer Arzt beteiligt ist. Ob es dabei eine Kooperation zwischen Hausarzt und Betriebsarzt gibt, konnten die befragten Mitarbeiter nicht beantworten.

Einer der befragten Mitarbeiter hatte berichtet, dass der direkte Vorgesetzte am dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit telefonisch Kontakt zu dem erkrankten Mitarbeiter aufnimmt und ihm entsprechend der Erkrankung einen Schonarbeitsplatz anbietet. Hier stehen mehrere Modelle zur Verfügung, die den Einsatz von Mitarbeitern in einer anderen Schicht oder einem anderen Arbeitsbereich vorsehen.

Den befragten Mitarbeitern steht es grundsätzlich offen, sich an einen Ansprechpartner ihres Vertrauens zu wenden, um persönliche, für die berufliche Tätigkeit unvermeidbare Themen in den Betrieb hinein zu kommunizieren. Wird es vom Mitarbeiter gewünscht, nimmt der Betriebsrat an den Gesprächen teil. Liegt beim erkrankten Mitarbeiter der Verdacht auf eine chronisch verlaufende Erkrankung oder bereits eine Behinderung vor, wird die Schwerbehindertenvertretung hinzugezogen.

Die hier befragten Mitarbeiter sprechen bei gesundheitlichen Beschwerden, die im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit stehen könnten, alle zunächst mit dem Hausarzt. Bestehen Bedenken gegenüber der Arbeitssicherheit des Arbeitsplatzes, sprechen die Mitarbeiter zunächst die Fachkraft für Arbeitssicherheit oder den Sicherheitsbeauftragten der Abteilung an.

In allen Betrieben können durch die Mitarbeiter Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung oder zur Verringerung von Risiken eingebracht werden. Die meisten Mitarbeiter haben das Gefühl, dass diese Vorschläge von der Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Personalabteilung, oder dem jeweils zuständigen betrieblichen Akteur entsprechend geprüft und bei Bedarf umgesetzt werden.

Zwei der Mitarbeiter haben davon berichtet, dass die Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung mit Geldprämien honoriert werden. Die Bereitschaft der Mitarbeiter, Vorschläge zur Arbeitsgestaltung zu unterbreiten, ist jedoch rückgängig. Begründet wurde dies damit, dass in einem der Betriebe die Vorschläge aus Kostengründen zurückgewiesen werden und im anderen Betrieb die Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung langfristig dazu geführt haben sollen, dass Arbeitsplätze wegrationalisiert wurden. Der Befragte berichtet darüber hinaus, dass in diesem Betrieb kein vertrauensvolles persönliches Gespräch zwischen den Vorgesetzten und den Mitarbei-



tern möglich ist und die Fehlzeiten in diesem Betrieb schon mal bei 18% liegen. „*Hier zählt nur die Stückzahl, nicht der Mensch*“.

### **6.2.1.3 Betriebsärztliche Betreuung**

Die Mitarbeiter sind alle Beschäftigte eines Großbetriebs. In den Betrieben ist mindestens ein angestellter Betriebsarzt mit einem Beschäftigungsumfang von wenigstens 50%. Den Mitarbeitern ist bekannt, wo und wie sie den Betriebsarzt erreichen können. In allen Betrieben gibt es eine offene Sprechstunde des Betriebsarztes. Die Mitarbeiter sind über die branchenüblichen Routinetätigkeiten des Betriebsarztes gut informiert.

Kontakt zum Betriebsarzt haben die Mitarbeiter auf Grund der regelmäßigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Ebenso nehmen sie den Betriebsarzt während der regelmäßigen Arbeitsplatz- oder Betriebsbegehungen in Zusammenarbeit mit einem Mitglied der Unternehmensführung, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Feuerwehr wahr. Die Mitarbeiter benennen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die in Kooperation zwischen dem Betriebsarzt und der Krankenkasse durchgeführt werden.

Eine Beratung durch den Betriebsarzt, bei gesundheitlichen Beschwerden oder bei beruflichen Belastungen, hat keiner der Befragten bisher in Anspruch genommen. In diesen Fällen konsultieren die Mitarbeiter ihren Hausarzt. Zwei der befragten Mitarbeiter haben angegeben, bei kleineren gesundheitlichen Beschwerden, etwa einer Erkältung, anstatt des Hausarztes den Betriebsarzt aufzusuchen.

Einige der Mitarbeiter wussten, dass der Betriebsarzt im individuellen Fall mit dem Hausarzt oder einem Facharzt kooperiert. Bei einem der Befragten hatte der Hausarzt in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gestellt. Von den ernsthaft erkrankten Kollegen wissen die Mitarbeiter, dass es sehr spezielle Maßnahmen zur Wiedereingliederung für Langzeiterkrankte oder behinderte Mitarbeiter gibt.

Einer der Befragten zeigte sich sehr erstaunt, dass es zur Vermeidung von schwerwiegenderen Erkrankungen und dem Verlust der Arbeitsfähigkeit eine Kooperation zwischen dem Betriebsarzt und dem Hausarzt geben soll.

Insgesamt nehmen die Mitarbeiter den Betriebsarzt sehr engagiert wahr. Der Betriebsarzt setzt sich für die Gesundheit der Mitarbeiter bis hin zur Führungsebene ein und setzt die Finanzierung der Maßnahmen, die er für erforderlich hält, in der Regel durch. Ein älterer Mitarbeiter hatte beschrieben, dass unter den Betriebsärzten ein Generati-

onswechsel zu spüren ist. *„Die Jüngerer erscheinen besser ausgebildet und weitaus interessierter am Menschen zu sein“.*

Einzelne Mitarbeiter berichten, dass Arbeitsunfälle automatisch von einem Mitarbeiter der Feuerwehr und einem Betriebsarzt erstversorgt werden. Die ambulante Weiterbehandlung in schwierigen Akutfällen, die Einweisung und Überführung in ein Krankenhaus sowie die Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft werden durch den Betriebsarzt organisiert und koordiniert.

#### **6.2.1.4 Frühwarnsystem, Signale und Instrumentarien**

Nach Einschätzung der befragten Mitarbeiter sind ein vertrauensvolles Gespräch und offene Umgangsweisen zwischen dem Mitarbeiter und dem Vorgesetzten die wichtigsten Instrumente für den Vorgesetzten, um frühzeitig Signale aufzufangen. Die Mitarbeiter sehen in diesen Gesprächen die Möglichkeit, die aufgetretenen Schwierigkeiten zu benennen und damit lösen zu können. Einer der Mitarbeiter zweifelte an der Fähigkeit des Vorgesetzten, mit vertraulichen Informationen entsprechend umgehen zu können und würde nur im unabwendbaren Falle seine persönliche Situation mit dem Vorgesetzten besprechen.

Die befragten Mitarbeiter haben das Gefühl, dass es durch die arbeitsmedizinischen Untersuchungen und die Möglichkeit der Teilnahme an den in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse durchgeführten Präventionskampagnen möglich ist, auf sich abzeichnende Schwierigkeiten aufmerksam zu werden.

In Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt oder der Personalabteilung bieten die Krankenkassen spezielle Aufklärungskampagnen zur Früherkennung von Krankheiten an. Es werden regelmäßig gemeinsame Aktionen zu speziellen und aktuellen Gesundheitsthemen durchgeführt, wie etwa ein Check des Herz-Kreislauf-Systems, die Bestimmung der Schilddrüsenwerte oder die Messung der Blutfettwerte. Während der Rauchertage werden Lungenfunktionstests und Beratungen zur Raucherentwöhnung durchgeführt oder es werden in der Kantine regelmäßig Tipps zur gesunden Ernährung und der Möglichkeit einer individuellen Ernährungsberatung angeboten. An den Aktionen der Krankenkassen sind auch externe Fachärzte beteiligt.

Einer der befragten Mitarbeiter ist Angestellter des Medizinischen Dienstes. In diesem Unternehmen sind, auf Grund der besonderen Stellung der Branche, sehr aufwendige Vorsorgeuntersuchungen gesetzlich vorgeschrieben. Der Betriebsarzt kann sehr frühzeitig auf Signale aufmerksam werden und ggf. an einen Facharzt überweisen.

Grundsätzlich wird sehr viel Wert auf eine vertrauliche Atmosphäre innerhalb des medizinischen Dienstes gelegt. Daten des Mitarbeiters werden nur nach einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht ausgetauscht. Die Weiterleitung der angeforderten Befunde vom Haus- oder Facharzt an den Betriebsarzt dauert oft sehr lange. In Akutsituationen funktionieren die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch jedoch gut. Die Strukturen der Zusammenarbeit gestalten sich formlos. Die Informationen werden überwiegend telefonisch ausgetauscht. Die Kooperation mit externen Ärzten liegt am häufigsten im Bereich der Unfälle.

Eine Fehlzeitanalyse wird durch die Personalabteilung durchgeführt. Die Arbeitsbereiche werden zum Schutz der Mitarbeiter sehr stark voneinander getrennt. Information gegenüber der Personalabteilung werden nur in unumgänglichen Fällen kommuniziert. Diese Schnittstelle könnte verbessert werden. Konkrete Angaben hierzu wurden von dem befragten Mitarbeiter nicht gemacht.

Die Personalabteilung ist zuständig für die Maßnahmen der Wiedereingliederung. Ein Team aus Betriebsarzt, Sozialberater (Personalabteilung), direktem Vorgesetzten und ggf. Personalrat oder Schwerbehindertenvertretung versuchen dem Mitarbeiter, der auf Grund gesundheitlicher Beschwerden seine Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, eine geeignete Maßnahme anzubieten. Die Arbeitsversuche und Rückkehrgespräche werden in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt durchgeführt.

In manchen Fällen werden Empfehlungen des Hausarztes erteilt. Nur in sehr seltenen Fällen kommt es zu einer schnellen Ausgliederung von Mitarbeitern aus dem Erwerbsleben.

In einem der Betriebe gibt es eine Sonderprämie für Mitarbeiter, die über das Jahr hinweg wenig krank sind. Die Prämie wird einmal jährlich gezahlt und umfasst einen prozentualen Anteil des Bruttogehaltes. Die Prämie wird gemäß der Anzahl der Krankentage gekürzt.

#### **6.2.1.5 Kooperation intern und extern**

Die Mitarbeiter wurden gefragt, welche internen Kooperationen (Gesundheitszirkel, runder Tisch, Arbeitskreise zu bestimmten Themen) bekannt sind und welche externen Kooperationspartner (Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Beratungsstellen) im Betrieb aktiv werden.

Die Mitarbeiter wissen, dass es abteilungsübergreifende Kooperationen gibt. Zu den Themen Arbeitssicherheit und betriebliche Gesundheitsförderung sind Arbeitskreise oder Gesundheitszirkel bekannt.

Den Mitarbeitern ist bekannt, dass es Kontakte und Kooperationen zwischen dem Betriebsarzt und niedergelassenen Ärzten gibt.

Die Mitarbeiter wissen, auf Grund der durchgeführten Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, um die Kooperation zwischen dem Betriebsarzt und den Krankenkassen.

Im jährlichen Bericht des Sicherheitsbeauftragten werden die Mitarbeiter während der Betriebsversammlung über die Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft informiert. Es wird u. a. über die Analysen der Arbeitsunfälle oder der Beinaheunfälle berichtet und es werden die daraus resultierenden Maßnahmen zur Unfallvermeidung erläutert.

#### **6.2.1.6 Koordination**

Keiner der Mitarbeiter konnte einen Akteur benennen, der seiner Kenntnis nach die Koordination der unterschiedlichen Aufgabenbereiche übernimmt. Für die in Aufgaben und Zuständigkeiten definierten Kompetenzbereiche ist der jeweilige Ansprechpartner der Koordinator. Er entscheidet, auf den individuellen Fall bezogen, welche weiteren Akteure hinzugezogen werden.

#### **6.2.1.7 Kommunikationsstrukturen und -mittel**

Die Mitarbeiter wurden gefragt, wie im Betrieb über die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die betriebsärztliche Betreuung und die Angebote zum Arbeits- und Gesundheitsschutz informiert wird.

Die Mitarbeiter beschrieben eine Auswahl der von den Betrieben zur Information genutzten Kommunikationsmittel und -wege:

- ◆ Persönliches Gespräch mit dem Vorgesetzten,
- ◆ Informationen über das betriebsärztliche Beratungsangebot und die Aktionen der Krankenkassen (ausgelegt in den Abteilungen, an den Pforten, in der Kantine, etc.)
- ◆ Stände und Plakate der Krankenkassen zu aktuellen Gesundheitsthemen,
- ◆ an alle Mitarbeiter ausgegebene firmeneigene Broschüre zum Gesundheits- und Arbeitsschutz,
- ◆ Intranet, Internet, E-Mail (hierüber werden die Außendienstmitarbeiter informiert),

- ◆ Aushänge am schwarzen Brett (Unfallstatistiken, Protokolle der Betriebsbegehungen, Beratungsangebote, Sprechstunden des Betriebsarztes, des Suchtbeauftragten, der Mitarbeitervertretung, etc.),
- ◆ regelmäßig erscheinende und an alle Mitarbeiter ausgegebene Firmenzeitung,
- ◆ Mitteilungsblatt des Betriebsrates,
- ◆ Informationsveranstaltung der Schwerbehindertenvertretung,
- ◆ Betriebsversammlungen mit Berichten der Sicherheitsfachkraft, Aktionen des Gesundheitszirkels, des Betriebsarztes, der Mitarbeitervertretung und des Suchtbeauftragten,
- ◆ Hauspost,
- ◆ Leuchtdisplays in der Kantine über die aktuellen Gesundheitszahlen - Anzahl der Kurzeiterkrankten, Anzahl der Langzeiterkrankten, Zahl der Tage ohne Arbeitsunfall - (skandinavisches Unternehmen).

Die Mitarbeiter fühlen sich sehr gut informiert und durch die an sie weitergegebenen Informationen entsteht für sie der Eindruck, dass der Unternehmensführung die Gesundheit der Mitarbeiter etwas bedeutet. Sie fühlen sich einbezogen und erfahren, mit welchen Maßnahmen sie selbst etwas für ihre Gesundheit tun können.

#### **6.2.1.8 Schweigepflicht und Datenschutz**

Die Mitarbeiter wurden gefragt, ob sie einem Austausch von persönlichen Daten und einer Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber den Akteuren zustimmen würden, wenn damit Maßnahmen zum Erhalt ihrer Gesundheit ermöglicht würden.

Die befragten Mitarbeiter würden einer Entbindung von der Schweigepflicht zwischen niedergelassenen Ärzten bedenkenlos zustimmen.

Die befragten Mitarbeiter würden dem Austausch von Daten und einer Entbindung der Schweigepflicht zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Betriebsarzt zustimmen, wenn sie zuvor über Sinn und Zweck des Datenaustausches informiert würden. Es sollte sichergestellt sein, dass die Daten nicht in den Betrieb hinein weitergegeben werden.

Die befragten Mitarbeiter standen einem Austausch von Daten und einer Entbindung der Schweigepflicht zwischen externen Ärzten und einem Verantwortlichem im Betrieb kritisch gegenüber. Besondere Bedenken bestanden gegenüber dem Austausch von

persönlichen Daten an die Personalabteilung. Hier sind die Befürchtungen zu groß, einen Nachteil daraus zu erfahren.

Einer der befragten Mitarbeiter - er ist Mitarbeiter des arbeitsmedizinischen Dienstes des Betriebes - hatte auf die Wichtigkeit hingewiesen, dass zum Schutz der Mitarbeiter das volle Vertrauen des arbeitsmedizinischen Dienstes gewährleistet werden muss. Der Mitarbeiter wird darüber informiert, dass die Untersuchungen, Maßnahmen und Leistungen des Betriebsarztes, in seinem Interesse und nicht im Interesse des Arbeitgebers sind. Eine interne, deutliche Trennung zwischen Personalabteilung und medizinischem Dienst, sei unverzichtbar.

## **6.2.2 Personalverantwortliche aus der Betriebsbefragung**

Der befragte Personalverantwortliche, in seiner betrieblichen Funktion als Gesundheitsbeauftragter, hat den Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern, Instrumente zur Früherkennung und die Struktur der innerbetrieblichen Organisation beschrieben sowie die zu beteiligenden Akteure benannt.

### **6.2.2.1 Verantwortlichkeit im Betrieb**

Die Unternehmensführung ist verantwortlich für die Umsetzung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Das Unternehmen hatte fünf Jahre zuvor auf der Ebene der Personalentwicklung ein Gesundheitsmanagement mit einem Gesundheitsbeauftragten eingerichtet. Gezielte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten in Kooperation mit der Personalentwicklung und der Teamentwicklung umgesetzt werden. Ein eigenes Budget wurde bereitgestellt und eine innerbetriebliche Infrastruktur von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgebaut.

Auf Grund der branchenspezifischen und wirtschaftlichen Bedingungen wurden die gesamten internen Strukturen des Unternehmens innerhalb der letzten Jahre mehrfach verändert. Die Zerlegung des Unternehmens führte immer wieder zum Abbau von Personal und zur Umstrukturierung der Abteilungen. Das erschwerte und hemmte eine ausschöpfende betriebliche Gesundheitsförderung. Der notwendige und kontinuierliche Gesprächsaustausch zwischen der Geschäftsführung und dem Gesundheitsbeauftragten sowie die Umsetzung von nachhaltigen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden zunehmend vernachlässigt.

Zum Zeitpunkt der Befragung stand fest, dass die Stelle des Gesundheitsbeauftragten bis zur Mitte des Jahres eingespart wird.

Die vom Gesundheitsbeauftragten aufgebaute Infrastruktur mit den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bleibt im Unternehmen erhalten.

### **6.2.2.2 Ansprechpartner im Betrieb**

Im Unternehmen sind die Abteilungen in Teamstrukturen organisiert.

In allen Abteilungen gibt es einen verantwortlichen Personalbetreuer und kommt es zu persönlichen oder gesundheitlichen Problemen, die in Verbindung mit der Arbeit stehen könnten, ist der Personalbetreuer für die Mitarbeiter der erste Ansprechpartner. Als weitere Gesprächspartner werden die Abteilungsführung und der Gesundheitsbeauftragte sowie die Teamentwicklung hinzugezogen.

### **6.2.2.3 Betriebsärztliche Betreuung**

Es gibt im Unternehmen einen Betriebsarzt in Teilzeit. Der Betriebsarzt führt in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit die vorgeschriebenen Arbeitsplatzbegehungen durch und erfüllt seine gesetzlich vorgegebenen Pflichten. Aufgaben der Prävention und der präventive Gedanke betrieblicher Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten werden nach Ansicht der Befragten durch den Betriebsarzt nur sehr gering wahrgenommen.

### **6.2.2.4 Frühwarnsystem, Signale und Instrumentarien**

Der Befragte impliziert bei der Umsetzung der betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung die Betrachtungsweise, den Mitarbeiter mit seinem Umfeld, seiner Gesundheit und seiner Lebensweise als Ganzes zu sehen.

*„Softfacts können Hardfacts festmachen“.*

Der Gesundheitsbeauftragte führt eine qualitative Analyse der Fehlzeiten durch. Ausgewählte Daten der Personalabteilung werden über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren beobachtet und nach Abteilungen und Teams bis hin zum Individuum ausgewertet.

Mit dieser gezielten Analyse werden „Best und Bad Practice“ Filialen erkannt. Es ist möglich, Abteilungen mit erhöhten Krankenzeiten oder hohen Fluktuationsraten zu lokalisieren. Oft ist ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren beobachtbar. Relevante Faktoren sind beispielsweise das Betriebsklima innerhalb der Abteilungen, das Verhalten der Vorgesetzten gegenüber den Mitarbeitern, die Größen der Teams sowie das Vertrauen innerhalb der Abteilungen. In Filialen mit guter Führung besteht ein gutes Betriebsklima, es gibt wenig Fluktuation, sie sind geschäftlich erfolgreich, kommen insgesamt stärker

zur Geltung und haben einen extrem niedrigen Krankenstand. Filialen mit entsprechend ungünstigem Führungsstil haben ein schlechtes Betriebsklima, einen regen Mitarbeiterwechsel, weniger geschäftliche Erfolge und sie verzeichnen einen deutlich höheren Krankenstand.

Durch die qualitative Analyse der Fehlzeiten über einen längeren Zeitraum hinweg, lassen sich häufige Kurzzeiterkrankungen und länger werdende Fehlzeiten bis hin zur Langzeiterkrankung ablesen. Es wird möglich, Risikopotenziale zu ermitteln und sich abzeichnende Schwierigkeiten, wie chronische Erkrankungen, frühzeitig zu erkennen. Es wird beobachtbar, dass sich die Zeiten über zwei bis drei Jahre aufgebaut haben.

Für diese Analysen gibt es eine Betriebsvereinbarung zwischen dem Betriebsrat, der Personalabteilung und dem Gesundheitsbeauftragten.

Wurde dem Gesundheitsbeauftragten ein Mitarbeiter auf Grund der durchgeführten Analysen auffällig, führt dieser zunächst ein vertrauliches Gespräch mit dem Mitarbeiter und getrennt davon ein Gespräch mit dem Personalbetreuer. Der Personalbetreuer ist, auf Grund der in Teams organisierten Struktur, in der Regel gut über die Bedingungen innerhalb der Teams informiert. Im Gespräch mit dem Mitarbeiter wird analysiert, ob dem Ursprung der Fehlzeiten ein persönliches Problem oder ein Problem mit der Arbeit zugrunde liegt. Mit ganzheitlicher Betrachtungsweise wird nach individuellen Einflussfaktoren oder nach möglichen betrieblichen Ursachen gesucht. Bestätigt es sich, dass die Ursache der Schwierigkeiten in der Abteilung zu finden ist, werden unter Einbezug der Führungskraft zwischen dem Mitarbeiter, dem Personalbetreuer und dem Gesundheitsbeauftragten weitere Gespräche geführt und gemeinsame Verhaltensleitlinien zur künftigen Vermeidung der Schwierigkeiten entwickelt. Sind die Ursachen in den persönlichen Voraussetzungen des Mitarbeiters zu sehen, wird in einem weiteren persönlichen Gespräch zwischen dem Mitarbeiter und dem Gesundheitsbeauftragten geklärt, ob der Arbeitsplatz den Fähigkeiten des Mitarbeiters entspricht. Gegebenenfalls werden ihm Maßnahmen zur Rehabilitation oder zur beruflichen Qualifizierung vorgeschlagen oder es wird geprüft, ob sich der Mitarbeiter seinen Fähigkeiten entsprechend beruflich verändern sollte. Nur im Falle handfester Gründe, etwa auf Grund einer nachweislich mangelnden Beteiligung des Mitarbeiters an der Realisierung der vorgeschlagenen Maßnahme oder bei nachweislich wiederkehrenden unklaren Fehlzeiten, kommt es in seltenen Fällen zu einer Entlassung.

Auch ein Führungswechsel ist denkbar, wenn sich die Schwierigkeiten innerhalb der Abteilung oder die gesundheitlichen Probleme einzelner Mitarbeiter nachweislich auf das Verhalten des Vorgesetzten zurückführen lassen.



Die Einbindung des Betriebsarztes in diesen obligatorischen Ablauf ist nicht vorgesehen. Zwar besteht die Möglichkeit, den Betriebsarzt einzubeziehen, dies wird aber in der Regel nicht praktiziert. In Einzelfällen wird die Schwerbehindertenvertretung oder auch das Integrationsamt hinzugezogen. Eine Kooperation mit dem Hausarzt wird aus Gründen der Schweigepflicht nicht angestrebt.

Werden interne Möglichkeiten gefunden, wird nach einem halben Jahr ein erneutes Gespräch mit dem Mitarbeiter geführt und nach Veränderungen gefragt.

Der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt auf der Balance zwischen der Verantwortung des Vorgesetzten und der Verantwortung des Mitarbeiters. Die Führungskräfte sollen ihren Handlungsspielraum ausschöpfen und die Mitarbeiter ihre eigene Verantwortung erkennen.

Neben der erläuterten Technik der qualitativen Analyse, ist eines der wichtigsten Instrumente, sich die Zeit für ein offenes Gespräch zu nehmen.

#### **6.2.2.5 Kooperation intern und extern**

*„Ob man das Gesundheitsnetzwerk nennen kann, ich weiß es nicht“.*

Es gibt inhaltlich festgelegte Aufgabenbereiche, die durch die zuständige Fachkraft wahrgenommen und ausgeführt werden. Die Umsetzung der besonderen Aufgabe des Arbeitsschutzes obliegt der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Der ganzheitliche Präventionsansatz, der durch den Gesundheitsbeauftragten angestrebt wird, gestaltet sich anders als die Vermeidung von Unfällen, die durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit geplant wird. Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird gezielt geplant und umgesetzt. Unter Heranziehung externer, qualifizierter Mitarbeiter, wurde eine betriebliche Infrastruktur von Maßnahmen aufgebaut, die den Mitarbeitern unter finanzieller Beteiligung angeboten werden.

Kooperiert wird intern primär mit der Personalabteilung, der Personalentwicklung und der Teamentwicklung sowie darüber hinaus bei Bedarf mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und selten mit dem Betriebsarzt. Die Gründung eines Gesundheitszirkels unter Beteiligung des Betriebsarztes, des Betriebsrats, der Schwerbehindertenvertretung und des Gesundheitsbeauftragten war gescheitert an den unterschiedlichen Auffassungen über die Spezifikation der präventiven betrieblichen Gesundheitsförderung.

Extern kooperiert der Gesundheitsbeauftragte mit der Betriebskrankenkasse, den Trainern und Anbietern von Kursen, sowie dem Integrationsamt.

### **6.2.2.6 Koordination**

Der Personalverantwortliche koordiniert die Umsetzung der Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung.

### **6.2.2.7 Kommunikationsstrukturen und -mittel**

Mit dem Ziel, die Verantwortung der Mitarbeiter zu fördern sowie die Mitarbeiter zu sensibilisieren, werden interne Informationsveranstaltungen zur Möglichkeit der Prävention und Früherkennung von Krankheiten durchgeführt. Die Informationen zu den verschiedenen Krankheitsbildern sowie die Aktionen der Betriebskrankenkasse zur Vermeidung dieser Krankheiten werden in entsprechend aufbereiteter Form über das Intranet oder in gedruckter Form an die Mitarbeiter weitergegeben. Zudem werden den Mitarbeitern über diese Kommunikationsträger die aktuellen Angebote, Veranstaltungen und Kurse zur Verhaltensprävention bekannt gemacht. Hierzu zählen Maßnahmen zum Stressabbau, die Ernährungsberatung oder die Möglichkeit einer mobilen Massage während der Arbeitszeit. Außerhalb der Arbeitszeit werden Lauftrainings und betreute Trainings in Trainingszentren angeboten.

### **6.2.2.8 Schweigepflicht und Datenschutz**

Der Personalverantwortliche wurde gefragt, ob er im individuellen Bedarfsfall, zwecks eines Austausches persönlicher Mitarbeiterdaten, Kontakt zum niedergelassenen Arzt aufnimmt. Diese Frage wurde verneint. Als Begründung wurde die ärztliche Schweigepflicht genannt.

Der Personalverantwortliche berichtete von einem betriebsinternen Austausch von persönlichen Mitarbeiterdaten zur Erfassung der Fehlzeiten zwischen Personalabteilung und dem Gesundheitsbeauftragten. Hierzu wurde mit dem Betriebsrat, dem Gesundheitsbeauftragten und der Personalabteilung eine Betriebsvereinbarung verabschiedet. Die Mitarbeiter seien darüber informiert und hätten keinerlei Bedenken.

Zwischen dem Gesundheitsbeauftragten und dem Betriebsarzt kommt es in der Regel nicht zum Austausch von Daten.

### **6.2.3 Betriebsärzte aus der Betriebsarztbefragung**

Die Betriebsärzte haben spezielle Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten beschrieben und erläutert, dass auf deren Basis Konzeptgespräche in den Betrieben geführt werden.

### **6.2.3.1 Verantwortlichkeit im Betrieb**

Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG § 2) verpflichtet den Arbeitgeber, einen Betriebsarzt schriftlich zu bestellen und diesem die Erfüllung der gesetzlich festgeschriebenen präventiven Aufgaben zu übertragen. Weiterhin ist der Arbeitgeber laut Arbeitssicherheitsgesetz verpflichtet, den Betriebsarzt bei der Ausübung dieser Pflicht zu unterstützen.

Der Betriebsarzt ist laut Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG § 10) verpflichtet, bei der Erfüllung der präventiven Aufgaben im Unternehmen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und den anderen im Betrieb beauftragten Fachkräften zusammen zu arbeiten.

Nach diesem Prinzip gestaltet sich die Arbeitsgrundlage der befragten Betriebsärzte und so lässt sich die Verantwortung über die betriebliche Praxis am deutlichsten beschreiben.

In der Regel kommen die Betriebe dieser Verpflichtung nach und der in einem arbeitsmedizinischen Zentrum angestellte Betriebsarzt hat einen festen Ansprechpartner im Betrieb. Der Betriebsarzt benötigt einen internen Akteur, jemanden, der die internen Kommunikationsstrukturen und die besonderen Umstände des jeweiligen Unternehmens kennt. Idealerweise hat sich der Betrieb die Gesundheit der Mitarbeiter zum Ziel gemacht und dies innerhalb der Organisationsstrukturen fest verankert. Der Betriebsarzt muss für eine Regelmäßigkeit der Betreuung sorgen.

### **6.2.3.2 Ansprechpartner im Betrieb**

In den kleineren Unternehmen ist der Ansprechpartner des Betriebsarztes der Unternehmer selbst. In den größeren Betrieben ist der erste Ansprechpartner des Betriebsarztes die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Daneben wurden der technische Ingenieur, der Sozialdienst, die Personalabteilung, der Betriebsrat und in einem Falle die Krankenschwester des Betriebs genannt. Als ungünstigster Ansprechpartner wird die Personalabteilung genannt. Diese wehre sich zu sehr gegen die Umsetzung der Maßnahmen zur Prävention. Nach Angabe eines der befragten Betriebsärzte sind es in 75% der Fälle die Personalabteilungen, mit denen das Angebot des Betriebsarztes besprochen wird.

Die im Betrieb fest angestellten Betriebsärzte sind der Unternehmensführung direkt unterstellt und innerhalb der betrieblichen Strukturen als Gesundheitsmanagement oder Gesundheitszentrum organisiert. Ein eigenes Budget steht zur Verfügung.

### 6.2.3.3 Betriebsärztliche Betreuung

Den Schwerpunkt der betriebsärztlichen Tätigkeit sehen die meisten Betriebsärzte in der Beratung des Betriebes zur Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Die Betriebsärzte stimmen die Konzepte auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betriebe ab. Wichtig ist es, den Nutzen für den Betrieb herauszustellen und die Zusammenarbeit langfristig anzulegen.

Neben der Durchführung der branchenspezifischen Vorsorgeuntersuchungen und den Arbeitsplatzbegehungen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, bieten die Betriebsärzte den Betrieben individuelle Konzepte zur Erkennung und Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten an. Einstellungsuntersuchungen werden nur selten durchgeführt.

Der Betriebsarzt konzipiert Aktionen mit arbeitsmedizinischen Schwerpunkten (Hautschutz, Heben und Tragen, Bildschirmarbeitsplatz) und führt für die Zeit der Aktion mit den betrieblichen Verantwortlichen Betriebsbegehungen und Ausschusssitzungen durch. Die Mitarbeiter können sich während dieser Aktion in einer offenen Sprechstunde individuell beraten lassen.

Ebenso bieten die Betriebsärzte in Kooperation mit der Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherung Kampagnen zur Früherkennung von Krankheiten an.

Viele der durch die Gesetzgebung definierten Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsschutz sowie der darin enthaltene Grundgedanke, die Früherkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen, werden von einigen der Betriebsärzte als gut aber sehr theoretisch beschrieben.

Für die kleineren Betriebe ist es bereits schwierig, einen Arbeitsschutzausschuss (ASiG § 11) zu gründen. Dennoch versuchen einzelne der Unternehmen in regelmäßigen Treffen mit dem Betriebsarzt, die Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz aufzugreifen.

*„Das SGB IX (Neuntes Sozialgesetzbuch) verbessert die Situation nicht, wir nähern uns der Steinzeit“.*

Einige der Unternehmen lehnen die Umsetzung von präventiven Maßnahmen ab. Aus Kostengründen sowie aus zeitlichen Gründen erfüllen diese Unternehmen bestenfalls ihre gesetzlichen Verpflichtungen.

Die Erfahrungen der Betriebsärzte mit leistungsgewandelten Mitarbeitern zeigen, dass es in vielen Betrieben sehr schnell in Richtung Ausgliederung geht.

Wird es im Besonderen älteren Mitarbeitern zunehmend schwieriger, den beruflichen Anforderungen auf Grund ihres Leistungswandels gerecht zu werden, kann oftmals nur empfohlen werden, vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden. Aber auch jüngeren Mitarbeitern kann oft keine Alternative geboten werden.

Es sind auch die älteren Mitarbeiter, die auf eigene Initiative den Betriebsarzt erst dann aufsuchen, wenn die Beschwerden bereits dazu geführt haben, dass der Mitarbeiter seine Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Sie verhalten sich aus Angst vor dem Verlust der Arbeit lange unauffällig.

Abteilungen und Arbeitsbereiche, die für die Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen geeignet sind (z. B. Pforte oder Lager), werden oft aus betriebswirtschaftlichen Gründen aufgelöst oder in Unteraufträgen an Fremdfirmen vergeben. In anderen Betrieben werden diese Arbeitsplätze bereits von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern in Anspruch genommen. Bei finanzierten Integrationsmaßnahmen besteht oft keine Bereitschaft der Betriebe, die Mitarbeiter über die Maßnahme hinaus zu beschäftigen. Hier gibt es jedoch für die befragten Betriebsärzte meist objektiv verständliche Gründe, etwa die wirtschaftliche Lage.

Grundsätzlich können sich die Mitarbeiter jederzeit mit dem Betriebsarzt in Verbindung setzen und sich beraten lassen, wenn sie gesundheitliche Bedenken gegenüber ihrem Arbeitsplatz haben oder bereits gesundheitliche Beschwerden aufgetreten sind.

Die Mitarbeiter sprechen innerhalb des Betriebes mit ihrem direkten Vorgesetzten, wenn gesundheitliche Beschwerden vorliegen, die im Zusammenhang mit ihrer ausgeübten Tätigkeit stehen könnten. Gegebenenfalls wird der Betriebsarzt hinzugezogen. Maßnahmen zur Wiedereingliederung werden gemeinsam mit der Personalabteilung, dem Mitarbeiter und dem Betriebsarzt geplant. An der Umsetzung werden die befragten Betriebsärzte eher selten beteiligt. Die Rückkehrgespräche werden vom direkten Vorgesetzten durchgeführt.

Nach der Erfahrung eines befragten Betriebsarztes sind bei Arbeitern gute Erfolge zu verzeichnen, wenn die Stundenzahl nach und nach erhöht werden kann. Die Vorgesetzten hingegen lehnen es oft ab, stundenweise an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Sie befürchten, innerhalb von vier Stunden die Arbeit von acht Stunden erledigen zu müssen und dass die Maßnahme damit nicht zielgerichtet wirken kann.

Es kommt vor, dass Mitarbeiter aus der stufenweisen Wiedereingliederung einen Nutzen erzielen wollen. Es gibt gemessen am Krankheitsbild ein Limit für die Stundenzahlen. Möchte ein Mitarbeiter die Stundenzahl nach einer bereits gewährten Verlängerung nicht erhöhen wird ein klärendes Gespräch geführt.

Die Personalabteilungen der Betriebe führen Analysen der betrieblichen Fehlzeiten durch und informieren den Betriebsarzt, wenn ein Mitarbeiter auf Grund häufiger krankheitsbedingter Fehlzeiten in Erscheinung getreten ist.

#### **6.2.3.4 Frühwarnsystem, Signale und Instrumentarien**

Der Mitarbeiter wird zur Abklärung möglicher Zusammenhänge mit der Arbeit vom Betriebsarzt zu einer arbeitsmedizinischen Untersuchung einbestellt. Oft mit dem Ergebnis, dass der Mitarbeiter aus arbeitsmedizinischer Sicht voll einsatzfähig ist. Um die Diagnose und mögliche Ursachen der Arbeitsunfähigkeit heraus zu finden, versucht der Betriebsarzt, mit dem behandelnden Arzt in Kontakt zu treten. Das ist jedoch selten möglich. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wurden von unterschiedlichen Ärzten ausgestellt; der Mitarbeiter hatte häufig die Ärzte gewechselt.

Neben den regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen sind für die befragten Betriebsärzte die Gesundheitsgespräche die besten Indikatoren für die Früherkennung von Krankheiten. Die Bewertung der Beschwerden des Betroffenen durch seine Schilderung (Betroffenenwissen) geben meist konkrete Hinweise.

Weiterhin ist der Gesundheitszirkel, zusammengesetzt aus Betriebsrat, Sicherheitsbeauftragtem, Vorgesetztem oder Meister, Ingenieur und ggf. Betriebsarzt, ein wichtiges Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Entgegen der Tendenz, der gesetzlichen Verpflichtung der arbeitsmedizinischen Betreuung vom Schreibtisch aus nachzukommen, kann durch z B. eine umfangreiche Laboruntersuchung sehr früh auf Auffälligkeiten aufmerksam gemacht werden. Die Mitarbeiter erhalten einen ausführlichen Befund und übergeben diesen ihren Hausärzten. In kritischen Fällen bespricht sich der Betriebsarzt direkt mit dem Hausarzt des Mitarbeiters. Der Entbindung von der Schweigepflicht stimmt der Mitarbeiter in der Regel vorab zu.

Zunehmend beschränken Anbieter im Niedrigpreissegment (Billiganbieter) deutlich die Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung sowie das Ansehen der Arbeitsmedizin. Hier sehen einige der Betriebsärzte einen Handlungsbedarf der Qualitätskontrolle. Keiner prüft bislang die Qualität der arbeitsmedizinischen Untersuchungen, es gibt keine festgelegten Kriterien. Das macht auch eine Effizienzkontrolle der Maßnahmen

sehr schwierig. Das Gewerbeaufsichtsamt und das Amt für Arbeitsschutz prüfen, sofern überhaupt die arbeitsmedizinischen Leistungen kontrolliert werden, in der Regel die Einsatzzeiten.

Von den im Betrieb angestellten Betriebsärzten wurde als weiteres Instrument das Vorhandensein einer Integrationsvereinbarung benannt. Gestaltet nach § 83 (2) SGB IX wurde eine Integrationsvereinbarung zur Eingliederung und Beschäftigung schwerbehinderter Mitarbeiter zwischen dem Betriebsarzt, dem Personalreferenten, dem Schwerbehindertenvertreter als Mitglied der Firmenleitung, dem Betriebsrat, der Sozialbetreuung und dem Integrationsamt geschlossen.

Ziel der Integrationsvereinbarung soll sein, dass alle Mitarbeiter erreicht und ermittelt werden können, die zum Personenkreis der neuen Gesetzgebung (SGB IX) zählen. Viele der Betriebsärzte sind jedoch mit dieser Gesetzgebung noch nicht vertraut.

Als eine der wichtigsten Voraussetzungen und als Instrument zur Erkennung frühzeitiger Signale nennen die Befragten die Bildung von Vertrauen. *„Der Vertrauensverlust ist nicht mehr gut zu machen.“* Die Betriebsärzte sind entsprechend vorsichtig mit Informationen in den Gesprächen mit den direkten Vorgesetzten.

### **6.2.3.5 Kooperation intern/extern**

Die interne Zusammenarbeit orientiert sich am Einzelfall. Einzuleitende Maßnahmen werden über das Unternehmen, die behandelnden Ärzte und die externen Einrichtungen abgewickelt.

Die externe Zusammenarbeit beschränkt sich in der Regel auf die Träger der Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Krankenkassen. Einzelne Betriebsärzte haben Kontakte zu den Arbeitsämtern oder dem Integrationsamt.

Die Krankenkassen erscheinen, nach Einschätzung von zwei befragten Betriebsärzten, meist nur mit Hau-Ruck-Bewegungen, etwa mit kurzweiligen Kampagnen zu Heben und Tragen, Ernährung und Rauchen. Über gute Erfahrungen wurde in der Zusammenarbeit mit der AOK, der IKK und der Techniker KK berichtet. Weniger gute Erfahrungen hatte dieser Betriebsarzt in der Zusammenarbeit mit den Betriebskrankenkassen. Eine gute Struktur bietet auf Landesebene die IKK. Sie belohnt Mitarbeiter mit Prämien, wenn sie sich regelmäßig dem Betriebsarzt vorstellen und die Durchführung eines Laborprogramms nachweisen.

Die Krankenkassen führen Analysen über Fehlzeiten und Diagnosen durch. Oft zeigt sich, dass gerade die mittleren Generationen länger als sechs Wochen erkranken

(meist Rückenprobleme oder Psyche). Gezielte Maßnahmen werden aber selten entwickelt oder umgesetzt.

Die Gestaltung der Maßnahmen innerhalb des Betriebes sowie die strukturelle Einbindung des Betriebsarztes innerhalb der betrieblichen Organisation ist wichtig. Maßnahmen und Angebote der Krankenkassen sind meist von kurzer Dauer und nicht nachhaltig. Der gesetzliche Arbeitsschutz und der Betriebsarzt jedoch sind permanente Einrichtungen.

Zur Erstellung der vom Amt für Arbeitsschutz geforderten Jahresberichte kooperieren die Betriebsärzte sehr gut mit der Berufsgenossenschaft. Auch die Zusammenarbeit der Betriebsärzte mit den Berufshelfern der Träger der Unfallversicherung im Bereich der Arbeitsunfälle und der Berufskrankheiten, gestalten sich auf Grund des gegliederten Systems der gesetzlichen Unfallversicherung sehr gut.

Können die Betriebe intern keine Alternativen für einen gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter finden, wird je nach Zuständigkeit das Integrationsamt bzw. die Rentenversicherung, meist die LVA, einbezogen, um den Arbeitsplatz entsprechend umzugestalten.

Einer der befragten Betriebsärzte gab an, dass mit dem Betriebsrat selten kooperiert wird. Dieser wird als zu kritisch eingeschätzt.

Einzelne der befragten Betriebsärzte sprechen der Kooperation zwischen den Betriebsärzten und den niedergelassenen Ärzten eine sehr große Bedeutung zu. Die Betriebsärzte benötigen die Diagnose der behandelnden Ärzte, um eine angemessene Beurteilung vornehmen zu können. Der Betriebsarzt kennt die Arbeitsplätze und der Hausarzt das Befinden und die sozialen Strukturen des Mitarbeiters. Andere der befragten Betriebsärzte bedauern die mangelnde Bereitschaft der Hausärzte, sich um eine Kooperation mit den Betriebsärzten zu bemühen. Angeforderte Befunde werden nicht weitergeleitet und der Bitte um Rückruf kommen die Hausärzte nicht nach.

*„Mit der Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt hat der Betrieb eigentlich nichts zu tun“.* Schwierig ist, dass in manchen Betrieben die Personalreferenten, in Fällen drohender Abmahnung oder der Kündigung, am Betriebsarzt vorbei Prognosen vom Hausarzt zum Krankheitsverlauf des Mitarbeiters erfragen.

Einer der befragten Betriebsärzte gab an, dass es auf Landesebene des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werkärzte e. V. gute Kooperationsarbeit zwischen den Hausärzten und den Betriebsärzten gibt. Es wird sich ausgetauscht und besprochen. Ein schriftliches Konzept gibt es nicht. Darüber hinaus trifft sich der befragte Betriebsarzt



vierteljährlich mit Vorständen der Krankenkassen, Hausärzten, Apothekern und anderen Betriebsärzten, um gemeinsame Handlungsstrategien zu entwickeln.

### **6.2.3.6 Koordination**

Die Zusammenarbeit unter den Akteuren erfolgt immer auf den Fall bezogen. Es wird geschaut, welcher Akteur gebraucht wird, um die Umsetzung der Maßnahmen zu veranlassen.

Einige der befragten Betriebsärzte sehen sich in der Rolle eines geeigneten Koordinators. Sie haben Kontakte innerhalb des Betriebes, zu den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den niedergelassenen Ärzten.

Einer der befragten Betriebsärzte würde sich wünschen, dass die Betriebsärzte in Verfahren wie dem Disease-Management-Programm eingebunden werden und nannte das Stichwort „*Institutionelle Vernetzung*“. Hier gibt es beispielhafte Verträge zwischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung.

### **6.2.3.7 Kommunikationsstrukturen und –mittel**

*"Die Kommunikation ist das Hauptarbeitsmittel des Betriebsarztes"*

Die im Betrieb angestellten Betriebsärzte bieten den niedergelassenen Ärzten im Rahmen einer Fortbildung eine Betriebsführung an. Darüber hinaus begegnen sie sich während gemeinsam besuchter Fachvorträge oder Tagungen, um sich über ihre Erfahrungen zu diesen Themen auszutauschen.

Der Kontakt zu Haus- und Fachärzten wird fallorientiert, gezielt und formlos hergestellt. Die Befunde und ein möglicher Handlungsbedarf werden telefonisch besprochen.

In Kleinbetrieben legen die in einem arbeitsmedizinischen Dienst angestellten Betriebsärzte Informationsmaterial über ihre Gesprächs- und Beratungsangebote für die Mitarbeiter aus.

Der Betriebsarzt nimmt an Arbeitskreisen und Betriebsversammlungen teil und veröffentlicht am schwarzen Brett des Betriebes sein Beratungsangebot und seine Kontaktadresse. Für die Betriebsärzte erscheint es sehr wichtig, präsent zu sein und das Vertrauen der Mitarbeiter zu gewinnen. Eine langfristige Strategie sollte sein, die Mitarbeiter stärker einzubeziehen und das Gespräch zu den Mitarbeitern zu suchen.

Vereinzelt wurde von Kooperationen und gemeinsamen Aktionen mit den Kammern und Innungen berichtet.

### **6.2.3.8 Schweigepflicht und Datenschutz**

Die Betriebsärzte wurden gefragt, ob sie zum Austausch von persönlichen Mitarbeiterdaten Kontakt zu den behandelnden Ärzten aufnehmen und ob die datenschutzrechtlichen Bestimmungen dabei besondere Hindernisse darstellen.

Die befragten Betriebsärzte haben regelmäßig Kontakt zu niedergelassenen Ärzten. Um die Daten der Mitarbeiter, zur Vermeidung von schwerwiegenden Erkrankungen und dem Verlust der Arbeitsfähigkeit, untereinander auszutauschen, stellen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes nach Einschätzung der Befragten keine Hindernisse dar.

Die Betriebsärzte führen im Beisein der Mitarbeiter Telefongespräche mit den behandelnden Ärzten. Zum Anfordern von Befunden lassen sie sich eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht unterschreiben oder veranlassen den Mitarbeiter, die Befunde persönlich zu holen.

### **6.2.4 Personen aus anderen Quellen**

Das Interesse der hier befragten Personen an der zentralen Projektfragestellung „Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur Früherkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen“ war nennenswert hoch. Das Ziel, zwischen den verschiedenen Akteuren kooperative und konstruktive Strukturen zu etablieren, erscheint den Befragten seit vielen Jahren erstrebenswert. Leider jedoch erscheinen die Grundzüge dieses Ansatzes immer wieder neu diskutiert aber nur kurzfristig und nicht nachhaltig entwickelt zu werden.

Im Folgenden werden aus dieser Befragtengruppe insbesondere die Antworten der betrieblichen Akteure beschrieben und sind als Ergänzung der in den anderen Befragtengruppen bereits beschriebenen Erfahrungen und Einschätzungen zu verstehen.

Die Antworten der befragten Personen, die auf Grund ihrer Funktion befragt wurden, sind den einzelnen Aspekten als zusätzliche Information zugeordnet.

#### **6.2.4.1 Verantwortlichkeit im Betrieb**

Die Unternehmensführung hat die Gesundheit der Mitarbeiter, die Integration behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter als Unternehmensziel formuliert und ein betriebliches Gesundheitsmanagement in der innerbetrieblichen Organisationsstruktur etabliert. Die meisten der Unternehmen erkennen in der Investition in die betriebliche Gesundheitsprävention einen ökonomischen Gewinn. *„Bediene dich an der Funktionsfähigkeit deiner Mitarbeiter“*, *„Unsere Mitarbeiter sind unser höchstes Gut“*.

Die zur Umsetzung entwickelte Strategie ist ein Bestandteil der Personalentwicklung. Es gibt verbindlich formulierte Ziele in Form von betrieblichen Vereinbarungen. Die meisten der Unternehmen haben bereits vor vielen Jahren Betriebsvereinbarungen zwischen der Unternehmensführung, dem Betriebsarzt, dem Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung zu unterschiedlichen Zielpunkten der betrieblichen Gesundheitsprävention und der Integration gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter abgeschlossen.

Mit In-Kraft-Treten des SGB IX wurden frühere Betriebsvereinbarungen überarbeitet oder in einer Integrationsvereinbarung (§ 83 SGB IX) zusammengefasst. Am Betrieb orientiert werden die zu erreichenden Ziele zur Arbeitsplatzhaltung, Personalplanung, der Arbeitsgestaltung, Arbeitszeitgestaltung und Arbeitsorganisation für behinderte und von Behinderung bedrohte sowie für gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter formuliert.

#### **6.2.4.2 Ansprechpartner im Betrieb**

Den Mitarbeitern sind die Ansprechpartner der unterschiedlichen Kompetenzbereiche bekannt (Personalberatung, Betriebsrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Schwerbehindertenvertretung, Sozialberatung).

Für den Mitarbeiter ist der direkte Vorgesetzte der erste Ansprechpartner. Diese Konstellation wird in allen befragten Unternehmen besonders hervorgehoben. Sowohl der Mitarbeiter, wie auch der direkte Vorgesetzte haben eine Verantwortung für den weiteren Verlauf.

In den Unternehmen werden die direkten Vorgesetzten darin geschult, einen konstruktiven Dialog mit ihren Mitarbeitern zu führen. Die Vorgesetzten sollen den Mitarbeitern vermitteln, dass grundsätzlich die Bereitschaft des Betriebes besteht, eine individuelle Lösung zu finden und dass mit den persönlichen Auskünften vertraulich umgegangen wird. Die direkten Vorgesetzten sind in der Regel die Akteure, die den ersten Kontakt innerhalb einer fest gelegten Frist zu den erkrankten Mitarbeitern aufnehmen. In den meisten der Unternehmen wird nach sechs Wochen, in zwei Unternehmen nach drei Tagen und in einem Unternehmen bereits am ersten Tag der Grund der Arbeitsunfähigkeit erfragt.

Ein Integrations- oder Planungsteam, zusammengesetzt aus Betriebsarzt, Betriebsrat, der Schwerbehindertenvertretung und einem Vertreter der Personalabteilung, entwickelt fallbezogen individuelle Maßnahmen zur Eingliederung des erkrankten Mitarbeiters.

In einem der Unternehmen wurde ein Bonussystem entwickelt, um Vorgesetzte zu honorieren, wenn sie sich an der Eingliederung nicht voll leistungsfähiger Mitarbeiter beteiligen.

### **6.2.4.3 Betriebsärztliche Betreuung**

*„Forciert auf einen Bereich schauen und gezielt Maßnahmen entwickeln“.*

Mit einer stufenweisen Wiedereingliederung wird der Arbeitnehmer mit länger andauernder und schwerer Erkrankung schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heran geführt. Diese Maßnahme wird durch den Betriebsarzt betreut. In einem Stufenplan wird die Steigerung der Arbeitszeit und der Arbeitsbelastung über mehrere Wochen festgelegt.

Der Betriebsarzt lässt sich Befunde von den behandelten Ärzten zukommen und führt zur Erhebung der Arbeitsbedingungen mit dem Meister, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Mitarbeiter eine Arbeitsplatzbegehung durch. Die qualitative Arbeitsplatzstrukturanalyse, vor Ort vom Betriebsarzt durchgeführt, ermöglicht eine Beurteilung der individuellen Arbeitsbedingungen bezogen auf den tatsächlichen Arbeitsplatz des Mitarbeiters. Externe Gutachten, etwa während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, beziehen sich zu sehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf die subjektive Beschreibung der Arbeitsbedingungen durch den erkrankten Mitarbeiter. Auch die Hausärzte verfügen nicht über spezielles arbeitsplatzbezogenes Wissen, was wiederum die Verzahnung der Fachkompetenzen des Hausarztes und des Betriebsarztes notwendig macht.

In einigen der Unternehmen werden Fähigkeitsprofile des Mitarbeiters erstellt und mit einem entsprechenden Anforderungsprofil der auszuübenden Tätigkeit abgeglichen. Dieses Verfahren ermöglicht es, Prognosen zur Integration des Mitarbeiters zu erstellen, sowie einen geeigneten Arbeitsbereich für ihn zu finden. Zweimal wurde das Verfahren IMBA genannt.

Es werden in einigen der Unternehmen in Kooperation mit der Betriebskrankenkasse Gesundheitsberichte erstellt und u. a. Analysen nach Arbeitsbereichen, Mitarbeitergruppen, Fehlzeiten und Diagnosen durchgeführt. Auf die auffallenden Krankheitsursachen hin werden Maßnahmen entwickelt, um gezielt zu intervenieren (Muskel und Skeletterkrankungen - Rückenschule). Das ist gleichzeitig die Erfolgskontrolle der bereits durchgeführten Maßnahmen. Diese Analysen werden regelmäßig durchgeführt.

#### 6.2.4.4 Frühwarnsystem, Signale und Instrumentarien

*"Es ist alles vorhanden, Ressourcen aus Quellen ziehen".*

Etablierte Strukturen innerhalb des Unternehmens sorgen dafür, dass die Mitarbeiter mit Beginn gesundheitlicher Beeinträchtigungen erkannt und aufgefangen werden können. Spätestens eine wiederholte Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer gibt Anlass, die Ursachen der Erkrankung des Arbeitnehmers herauszufinden.

In einem der Unternehmen wurde begonnen, alle Mitarbeiter nach einem Rotationsprinzip im Abstand von drei Jahren zu untersuchen. In einem anderen Unternehmen ist es vorgesehen, in Kooperation mit der Betriebskrankenkasse einen präventionsorientierten check-up (Blutwerte, Blutdruck, Schilddrüse) der Gesamtbelegschaft durchzuführen. Wenn allen Mitarbeitern ein check-up angeboten werden kann ist es mittels Analysen möglich, Risikogruppen und gefährdete Mitarbeiter zu identifizieren. Die Angebote der Krankenkassen und des Betriebsarztes könnten entsprechend der Diagnosen überarbeitet und angepasst werden. Eine Überweisung der Mitarbeiter an einen Facharzt sowie die frühzeitige Intervention wäre steuerbar.

Die routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen sowie die besonderen Aktionen der Krankenkassen werden in den Unternehmen als Frühwarnsystem eingesetzt.

In einigen der Unternehmen gehen die arbeitsmedizinischen Untersuchungen weit über die gesetzlichen Vorgaben hinaus.

In einem der Unternehmen werden, auf Grund der durch die Branche bedingten Sonderstellung innerhalb der betriebsärztlichen Betreuung, sehr aufwändige medizinische Screenings einzelner Krankheitsbilder durchgeführt. Die branchenspezifische Ausbildung der Mitarbeiter ist sehr teuer. Um die Berufsberechtigung der Mitarbeiter erhalten zu können, wird sehr viel in Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und zur Früherkennung von Krankheiten investiert. Mitarbeiter, die chronisch erkranken oder denen eine Behinderung droht, verlieren ihre Berufsberechtigung. Werden auf Grund der Untersuchungsergebnisse Auffälligkeiten festgestellt, erfolgt eine Überweisung zur Weiterbehandlung an einen niedergelassenen Arzt. Der Bedarf einer möglichen therapeutischen Maßnahme wird zwischen Betriebsarzt und dem niedergelassenen Arzt koordiniert. In diesem Unternehmen stehen den Mitarbeitern 35 verschiedene Teilzeitarbeitsmodelle zur Verfügung, die eine ambulante und therapeutische Versorgung ermöglichen.

Als Signal zur Früherkennung wird neben den Fehlzeiten die subjektive Empfindung oder Beobachtung des Vorgesetzten oder des Betriebsarztes benannt.

In einem der Unternehmen wurden zwei Selbsthilfegruppen gegründet. Die betroffenen Mitarbeiter treffen sich zweimal wöchentlich und gelegentlich referiert der Betriebsarzt zu speziellen Themen.

Ein Ziel in den Unternehmen ist auch, Freizeitaktionen anzubieten und Sportaktionen zu etablieren. Es ist wichtig, die Mitarbeiter hierfür zu motivieren und sie darin zu sensibilisieren, die Gesundheit auch in der Freizeit und nicht nur im Betrieb aktiv zu gestalten.

Im Folgenden werden alle genannten Beschreibungen zum Frühwarnsystem, der Signale und vorhanden Instrumentarien aufgelistet dargestellt:

Signale:

- ◆ Verhaltensauffälligkeiten (Unsicherheiten auf dem Gerüst, Konzentrationsmangel),
- ◆ Fehlzeiten,
- ◆ Untersuchungsergebnisse,
- ◆ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
- ◆ Ergebnisse aus Mitarbeitergesprächen, verbale „Botschaften“ und Gesprächsinhalte;

Instrumente:

- ◆ Das Gesetz als Instrument, Maßnahmen, die durch gesetzliche Bestimmungen definiert sind,
- ◆ Einstellungsuntersuchung,
- ◆ arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen,
- ◆ medizinische Untersuchungen der Gesamtbelegschaft im Rotationsprinzip nach Abteilungen, ein präventionsorientierter check-up für alle Mitarbeiter (Blutwerte, Blutdruck, Schilddrüse),
- ◆ betriebliche Aktionen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ◆ Präventionskampagnen der Krankenkassen,
- ◆ spezielle Aktionen der Berufsgenossenschaft,

- ◆ Teilnahme an Modellprojekten, Forschungsprojekten zu Themen der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren oder der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- ◆ Hautarztverfahren,
- ◆ qualitative Krankenstandsanalyse; über einen längeren Zeitraum werden festgelegte Bereiche (Personen, Arbeitsbereiche) beobachtet und selektive Daten der Personalabteilung ausgewertet,
- ◆ vertrauensvolle Atmosphäre; wichtig ist und gewährleistet sein soll, dass der Mitarbeiter das volle Vertrauen des arbeitsmedizinischen Dienstes in Anspruch nehmen kann,
- ◆ Etablierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- ◆ Betrieblicher Gesundheitsbericht,
- ◆ Schulung der Vorgesetzten,
- ◆ Gesundheitsgespräche mit den Mitarbeitern „Betroffenenwissen“,
- ◆ betriebliche Prävention, gezielte präventive Maßnahme,
- ◆ Hamburger Modell, stufenweise Wiedereingliederung, Arbeitsversuch (u. a. § 74 SGB V),
- ◆ Vorstellung beim BA nach kürzerer oder längerer Arbeitsunfähigkeit,
- ◆ Ergonomieberatung,
- ◆ Betriebsvereinbarungen zur Suchtprävention,
- ◆ Integrationsvereinbarung zwischen den Arbeitgebern und den Interessenvertretern der gesundheitlich beeinträchtigten, behinderten und kranken Mitarbeiter,
- ◆ Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern,
- ◆ Anforderungsprofil mit Fähigkeitsprofil vergleichen (IMBA),
- ◆ § 84 SGB IX „betriebliches Eingliederungsmanagement“,
- ◆ Runder Tisch (plus Fachkraft für Arbeitssicherheit u. ggf. Externe),
- ◆ Gesundheitszirkel,

- ◆ zielgerichtete Mitarbeiterbefragungen,
- ◆ Zusammenarbeit zwischen Betrieben, Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten, Trägern, ambulanten Einrichtungen, etc.
- ◆ Bereitschaft zur Kooperation und zum Handeln,
- ◆ Fürsorgepflicht des Arbeitgebers.

#### **6.2.4.5 Kooperation intern und extern**

Es gibt, neben in Aufgaben und Zuständigkeiten definierten Kompetenzbereichen, meist einen Akteur, der die unterschiedlichen Bereiche am Einzelfall orientiert koordiniert. In der Regel ist auch er es, der die Kontakte zu den externen Kooperationspartnern aufbaut und pflegt.

In einem der Unternehmen ist auf Grund der zentralen Lage ein Netzwerk kooperativer Strukturen zu den umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten vorhanden. Die persönlichen Kontakte untereinander vereinfachen die Kommunikation und die Zusammenarbeit, so dass eine sofortige Versorgung der Akutfälle, sowie alle sich anschließenden notwendigen Maßnahmen, bis hin zur Wiedereingliederung, zeitnah koordiniert und organisiert werden können.

Zusammen mit Trägern der Sozialversicherung (der Berufsgenossenschaft, der regionalen Krankenkasse, der Betriebskrankenkasse, der regionalen LVA), werden Projekte mit speziellen Schwerpunkten zur Prävention, Rehabilitation oder Integration durchgeführt.

In einem der Unternehmen gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der regionalen Landesversicherungsanstalt (LVA). Die Anträge zur Leistung auf Rehabilitation werden innerhalb von drei Wochen bewilligt. Der Sozialversicherungsträger prüft die Anträge auf die Zuständigkeit und leitet die Anträge innerhalb von drei Tagen an den zuständigen Träger weiter. In diesem Unternehmen besteht darüber hinaus ein sehr guter Kontakt zur Kreisärzteschaft. Die behandelnden Ärzte der gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter schauen sich im Unternehmen die Arbeitsplätze der Mitarbeiter an. Die Einschätzung der individuellen Arbeitsbedingungen ermöglicht es, Maßnahmen der Wiedereingliederung und Rehabilitation aufeinander abzustimmen.

Die unklare Zuständigkeit der Träger wurde vielfach als eines der schwierigsten Schnittstellenprobleme benannt. Unter anderem sind es multifaktorielle Krankheitsbilder, die deutliche Diagnosen erschweren und somit auch die Klärung der Zuständigkeit. Stellt sich heraus, dass ein anderer Träger zuständig gewesen wäre, besteht wenig Chance



auf Erstattung der Kosten für den Träger, der den Antrag bewilligt hatte. Die unter den Trägern unterschiedlich gehandhabten Diagnoseverfahren verzögern eine nahtlose Einleitung von Leistungen zur Teilhabe. Die Probleme sind jedoch weniger im sozialmedizinischen Bereich, als auf der Verwaltungsebene zu sehen.

Auch hemmen die für die Sozialversicherungsträger geltenden Gesetze mit sehr unterschiedlichen Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung die Motivation der Vernetzung.

Die niedergelassenen Ärzte zeigen nach Ansicht einzelner Befragter wenig Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Auch wenn es objektiv verständliche Gründe (Budget, Gesundheitsreform) gibt, gilt es ein Verfahren zu finden, welches die niedergelassenen Ärzte motiviert, sich am Rehabilitationsplan zu beteiligen.

Mehrmals wurde genannt, dass gegenüber der Arbeitsmedizin innerhalb des medizinischen Systems, noch zu überwindende Vorbehalte bestehen.

Für alle der Befragten ist der Wille zur Bereitschaft die wichtigste Bedingung aber auch das häufigste Problem der Kooperation. Sehr viel von dem, was in den Betrieben, aber auch in der Zusammenarbeit unter den Trägern erreicht wurde, beruht auf dem persönlichen Engagement einzelner Akteure. Die Bemühungen um die Kooperation scheitern oftmals an einer mangelnden Akzeptanz gegenüber anderen Fachkompetenzen. Das Verständnis gegenüber anderen Akteuren ist für die Kooperation ebenso von Bedeutung wie das eigene Rollenverständnis. Die Akteure, die ihre Aufgaben engagiert wahrnehmen, schätzen den Gewinn einer konstruktiven Kooperation. *„Oft unterschätzt wird das Potenzial des gegenseitigen Lernens“.*

Den Unternehmen, die keine eigenen betrieblichen Strukturen eines Gesundheits- oder Integrationsmanagements aufbauen können, stehen als Kooperationspartner Fachdienste zur beruflichen Integration der gesundheitlich beeinträchtigten und behinderten Mitarbeiter zur Verfügung. Neben einer praxisnahen Beratung des Arbeitgebers werden seine Aktivitäten begleitet und unterstützt. Die Fachdienste helfen dem Arbeitgeber am Einzelfall orientiert, individuelle Lösungen zur Umgestaltung der Arbeitsplätze, der Umsetzung von Eingliederungsmaßnahmen und Finanzierung der Maßnahmen zu finden. Gelegentlich nehmen sie Kontakt zum Hausarzt auf, um mit diesem die Maßnahmen abzustimmen.

Die IG Metall hat ein Beraternetz gegründet, welches die Arbeitgeber bei der Entwicklung von Integrations- und Betriebsvereinbarungen unterstützt. Nach regionalen Bezirken haben sich Beratungsteams gebildet, um im Besonderen die kleineren und

mittleren Betriebe vor Ort beraten zu können. Hierzu ist eine Adressenliste der Ansprechpartner im Internet auf den Seiten der IG Metall veröffentlicht.

Wenig Resonanz finden nach Erfahrung der Befragten die regionalen Servicestellen (§ 23 ff SGB IX). Ratsuchende fühlen sich oftmals nicht kompetent beraten, was jedoch auch als sehr schwer zu leisten eingeschätzt wird. Die Mitarbeiter der Servicestellen sind Angestellte ihrer Behörde, können keine trägerübergreifende Kostenentscheidung treffen und auch nur bedingt über ein notwendiges umfangreiches Wissen verfügen.

#### **6.2.4.6 Koordination**

Gibt es in den Unternehmen einen Betriebsarzt, so ist dieser in der Regel der verantwortliche Koordinator. Er entwickelt die Konzepte und steuert die Beteiligung hinzuzuziehender Akteure. In zwei der Unternehmen sind es die Schwerbehindertenvertreter, die das betriebliche Gesundheits- und Eingliederungsmanagement koordinieren. Die befragten Akteure dieser Unternehmen sprechen von einem Gesundheitsnetzwerk.

#### **6.2.4.7 Kommunikationsstrukturen und –mittel**

*„Es gibt keine fest geschriebenen Kommunikationsstrukturen. Es sind meist formlose und unbürokratische Wege; das System ist schon bürokratisch genug“.*

Es wurden keine ergänzenden Angaben zu den durch die anderen Befragtengruppen beschriebenen Kommunikationsstrukturen und -mittel gemacht.

#### **6.2.4.8 Schweigepflicht und Datenschutz**

Die Personen dieses Befragtenkreises, die auf Grund ihrer Funktion an einem Austausch von Mitarbeiterdaten beteiligt sind, wurden nach ihrer Einschätzung des Regelungsbedarfs der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz befragt.

Das Thema Schweigepflicht würde vielfach vordergründig genannt werden, sei in der Praxis aber kein Problem. Wenn die Mitarbeiter über den Zweck des Datenaustausches informiert und aufgeklärt werden, stimmen diese in der Regel einer Entbindung von der Schweigepflicht zu. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Möglichkeiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, den Austausch von Sozialdaten innerbetrieblich wie auch zwischen den Trägern zu regeln.

Einige der befragten Personen haben einen Vordruck oder eine Informationsbroschüre beschrieben, welche, sobald der Bedarf entsteht, dass Ärzte oder andere Akteure untereinander kooperieren müssen, die Mitarbeiter über den notwendigen Informationsaus-

tausch aufklären. Mit einer schriftlichen Einverständniserklärung stimmen sie der Zusammenarbeit zwischen den genannten Akteuren zum aufgeführten Zwecke zu. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter in Beratungsgesprächen ausführlich und persönlich informiert.

### 6.3 Ergebnisse aus den qualitativen Interviews

#### **Zitate aus den Interviews**

*„Vernetzung muss indiziert sein – eine Zusammenarbeit darf nicht aus Bequemlichkeit verhindert werden.“*

*„Zusammenarbeit kann allerdings nur bei Bedarf und von Fall zu Fall stattfinden - nur wenn sie förderlich ist.“*

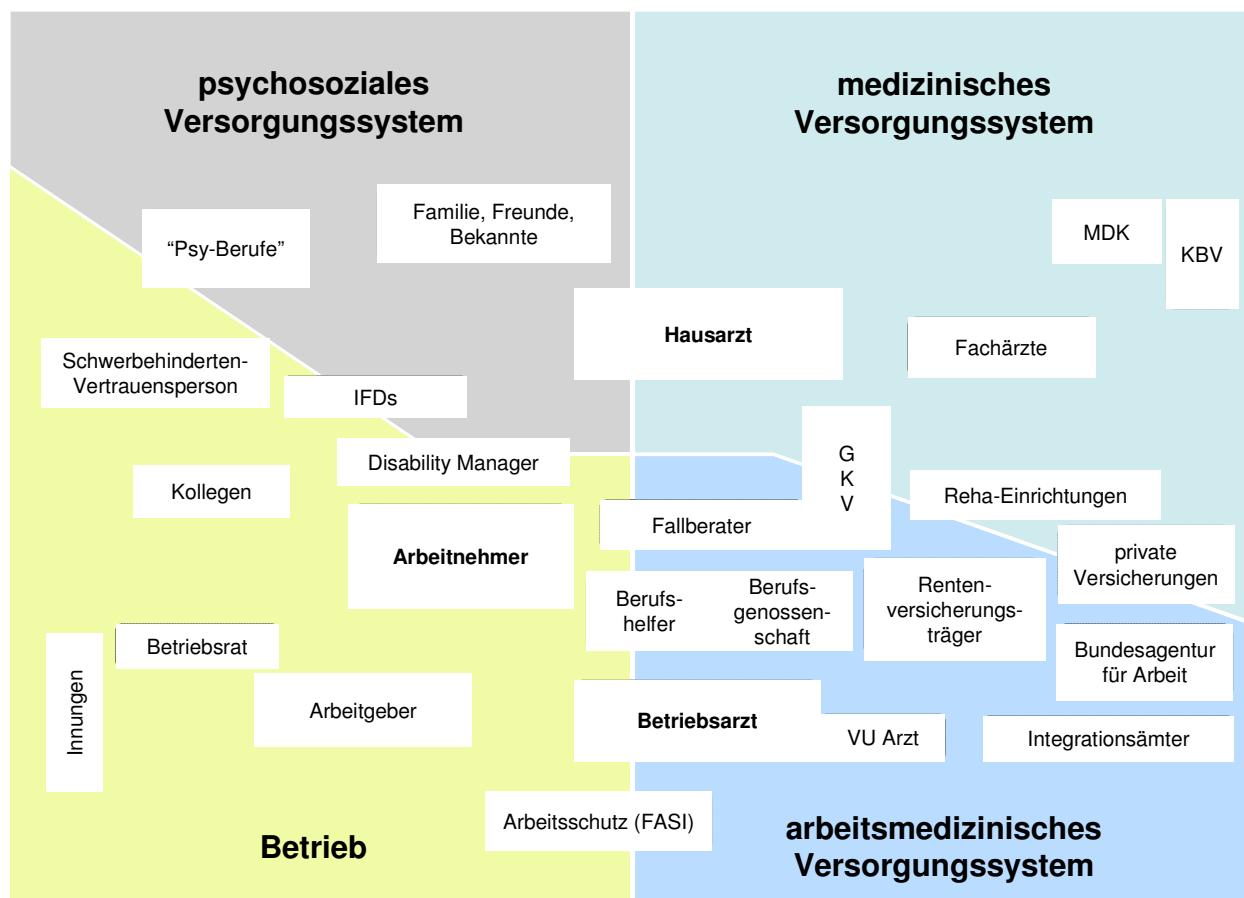
*„Die Betriebsärzte müssen konkret mit detaillierten Fragen kontaktiert werden, damit therapeutische Aktivitäten bei den Hausärzten initiiert und teilweise auch koordiniert werden können. Es bedarf vor allem einer gemeinsamen Informationsbasis und Maßnahmen zur Kommunikationsförderung und -verstärkung.“*

*„Der Erfolg frühzeitiger Teilhabe ist keineswegs die Leistung einzelner Akteure, sondern kann nur im Zusammenwirken aller optimal erreicht werden.“*

*„Kleine Systeme sollen nicht zusammengebastelt werden, sondern es sollen linking pins eingefügt werden. Das gegliederte System ist wichtig und die Ärzte können sich nicht weiter spezialisieren, damit sie solche Detailfragen übernehmen können, man muss Bewusstsein für eine Vernetzung schaffen, man muss ein Regelwerk und finanzielle Anreize schaffen.“*

Die Interviewpartner stammen aus den in Abbildung 9 aufgeführten Bereichen.

**Abbildung 9: Akteure**



Diese werden für die dem Projekt zugrunde liegenden Fragestellungen vier Funktionssystemen zugeordnet.

1. **Versorgungssystem „Betrieb“:** Zum Versorgungssystem „Betrieb“ gehören neben den Arbeitnehmern und ihren Kollegen weitere innerbetriebliche Akteure wie die Schwerbehindertenvertrauensperson, der Betriebsrat und die Arbeitgeber sowie die Personalverantwortlichen an.
2. **Psychosoziales Versorgungssystem:** Dem psychosozialen Versorgungssystem gehören die Familie und ähnliche psychosozial flankierende Strukturen an. Dazu kommen professionelle Versorgungsstrukturen wie Psychologen, Psychotherapeuten und auch psychiatrische Berufsgruppen. Weiterhin gehören dazu Versorgungsdienstleister wie die Integrationsfachdienste, die an der Grenze zum Betrieb mit einem fallweisen Aktionsradius in den Betrieb agieren, und auch Disability-Manager, ebenso mit einer Betreuungskompetenz im psychosozialen und arbeits- und sozialrechtlichen Bereich.

3. **Medizinisches Versorgungssystem:** Im medizinischen Versorgungssystem tätig sind v. a. die niedergelassenen Ärzte (Haus- und Fachärzte), die MDKs, die im Falle einer Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen von den GKVen (gesetzlichen Krankenversicherungen) kontaktiert werden müssen und die GKVen, deren Kompetenzen auch in das vierte Versorgungssystem hinein reichen.
4. **Arbeitmedizinisches Versorgungssystem:** Hier sind weitere für die Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsplatz wesentliche Akteure tätig. Dazu gehören v. a. die Sozialversicherungsträger, getrennt nach Unfall-, Kranken- und Rentenversicherungsträgern. Die Unfallversicherungsträger verfügen mit den Berufshelfern über eigene Strukturen, die für den Fall einer Versorgung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsplatz aktiv werden können (vgl. z. B. Mehrhoff, 2000). Die GKVen besitzen hierzu ansatzweise Fallberater (vgl. z. B. Hüllen, 1999), während die Rentenversicherungsträger und in Ausschnitten die Bundesagentur für Arbeit (BA) kaum Versorgungsstrukturen für diesen Bereich entwickelt haben.

In diesem Gefüge kann der Betriebsarzt als zentraler Akteur angesehen werden, der gemäß seiner Ausbildung und seines gesetzlichen Auftrages für die eigentliche arbeitsmedizinische Versorgung der Arbeitnehmer und der Betriebe zuständig ist. Parallel dazu gibt es noch betriebliche Gesundheitsförderungsstrukturen, die meist von den GKVen und/oder den Berufgenossenschaften betreut werden sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die teilweise in Personalunion mit Betriebsärzten direkte Aufgabenüberschneidung zu den Betriebsärzten aufweisen (Heeg, Sperga, & Veismann, 2002).

Die Ergebnisse werden entsprechend der im Interviewleitfaden (vgl. Anhang 1) verwendeten Gliederung dargestellt.

### 6.3.1 Datenlage

Die Datenlage zur Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben ist auf Grund der segmentiert agierenden arbeitsweltbezogenen Gesundheitsversorgungssysteme als lückenhaft einzuschätzen. Eine systematische Erhebung von Daten zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt nicht. Gesammelte Daten werden bislang selten adäquat aufbereitet bzw. in ergänzende oder komplementäre Versorgungssysteme kommuniziert.

Für das folgende Kapitel gilt es nun, versorgungsrelevante Einflüsse, die das betriebliche Umfeld auf die Vermeidung einer Behinderung oder Chronifizierung von Erkrankungen hat, darzustellen.

### 6.3.1.1 Relevante Frühwarnzeichen

Bedingt durch einen grundlegenden Wandel in der Arbeitswelt mit neuen Arbeitsformen, neuen Arbeitsinhalten und einer veränderten Einstellung zur Arbeit, kommt Arbeitsbelastungen und Arbeitsschutz eine durchwegs neue Bedeutung zu. Jenseits von physikalischen, chemischen und biologischen Risiken kommt es heute bei den Beschäftigten vermehrt zu Belastungen im kommunikativen und psychosozialen Bereich (Badura, Litsch & Vetter, 1999). Diesen Änderungen in der Arbeitswelt muss auch in der Erhebung von Daten zur Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben mit einer neben dem medizinischen auch am psychosozialen Modell bestehenden Orientierung Rechnung getragen werden (Badura & Hehlmann, 2003). Weiterhin kommt es in diesem Zusammenhang - auch im Zuge veränderter demografischer Verhältnisse einer zunehmend älter werdenden Erwerbsbevölkerung (neben Schichtzugehörigkeit stellt Alter einen der wichtigsten Prädiktoren für Krankheitsanfälligkeit dar (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2002)) - auch zu neuen Anforderungen an den rehabilitativen und präventiven Arbeitsschutz (Buck, Kistler & Mendius, 2002; BAuA, 2000).

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Einschätzungen und Überlegung lassen sich - in Anlehnung an die Empfehlungen der BAR vom September 2003 – die im Folgenden dargestellte Frühwarnzeichen unterscheiden:

**Häufige und längere Fehlzeiten**, die in Anlehnung an die Empfehlungen der BAR bei der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen (in den Interviews genannt wurden auch sechs Wochen, da hier der Bezug der Lohnfortzahlung endet und die gesetzlichen Krankenkassen tätig werden müssen) oder bei mindestens fünf Arbeitsunfähigkeiten innerhalb von drei Monaten vorliegen.

**Spezifische Krankheitsbilder** von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Erkrankungen des Kreislaufsystems oder Hauterkrankungen, die zu häufigen Fehlzeiten führen und/oder in Verbindung mit arbeitsplatzbezogenen Faktoren stehen. Im Detail können diese Fehlfunktionen, Schädigungen oder Beeinträchtigungen auf folgenden Ebenen zu finden sein: Innere Organe und Stoffwechsel, Skelettsystem, Haut, Sensorik (Schmerzen), Sprach-, Hör- und Sehfunktionen sowie geistige und seelische Funktionen (Denken, Gedächtnis, Antrieb, Stimmungslage, stoffgebundene Sucht- und Abhängigkeiten). Auf der Ebene der Aktivitäten gehören Beeinträchtigungen von Fortbewegung, Verhalten, Kommunikation, Umgang mit Stress und Selbstversorgung zu den Frühwarnzeichen.

Im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen können „**abweichende**“ **physiologische Parameter** (Harn, Blut, Blutdruck, Körpergewicht etc.) ausgewertet werden (vgl. Epstein, 1998).

In Anlehnung an die ICF können **körperliche und/oder psychische von der Norm abweichende Funktionen**, die die Teilnahme an Aktivitäten des alltäglichen Lebens beeinträchtigen, unabhängig vom Arbeitsgeschehen zu den Frühwarnzeichen gezählt werden. Hierzu zählen alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bzw. Befindlichkeitsstörungen.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sich über **Diskrepanzen zwischen Arbeitsplatzanforderungen und individuellen Leistungsfähigkeiten** auf die Arbeitsleistung auswirken, etwa bei älteren Arbeitnehmern oder Arbeitnehmern mit arbeitsbedingten „*Verschleißerscheinungen*“, wie „*Elektriker, die viele Zwangshaltungen einnehmen und viel über Kopf arbeiten müssen*“.

Als wichtig erachtet werden Frühwarnzeichen, die Rückschlüsse auf den **motivationalen Bereich oder das Arbeitsverhalten** (geringe Anwesenheitsquote, hohe Fluktuation, geringe Kooperationsbereitschaft, geringer Umfang und Qualität der Arbeitsergebnisse, fehlende Arbeitsmotivation (Badura & Hehlmann, 2003)) erlauben, und aus denen Verhalten wie Innere Kündigung, Burn Out oder Alkohol- bzw. Drogensucht resultieren kann (Hasselhorn, Bosselmann, Hofmann, Michaelis, & Scheuch, 2003).

Angemerkt wurde in den Interviews, dass sich relevante Frühwarnzeichen oder evidente Belastungsmomente auf die betriebliche Realität beziehen müssen. Belastungen und Frühwarnzeichen müssen im Kontext von wirtschaftlichen Schwierigkeiten bzw. eines zunehmenden Konkurrenz- und Kostendrucks der Unternehmer oder besonders belastender sozialer Arbeitsumgebungen oder Arbeitszusammenhänge, etwa komplizierte Schichtdienste und/oder ungünstige Arbeitszeiten, beurteilt werden.

Anzumerken ist nach Ansicht der befragten Betriebsärzte auch, dass „*oft nicht Symptomauffälligkeiten ausschlaggebend für die Notwendigkeit medizinischer Tätigkeiten sind.*“ Statt dessen sei es „*sehr wichtig, vor Ort zu sein. Oft sind symptomarme Mitarbeiter bedürftiger.*“ Hier stellt sich die Frage nach der „*Zugänglichkeit von Frühwarnzeichen*“, etwa „*bei schwierigen Krankheiten, die eng zusammenhängen mit Stigmatisierung, die sich nachteilig auf das Arbeitsgeschehen auswirken können, da wird der Betriebsarzt eher nicht eingeschalten*“ (vgl. Kliemt et al., 2003, S. 587f).

Frühwarnzeichen, so eine erste zentrale Aussage, können für sich erkannt, allerdings nur vernetzt interpretiert werden, wobei der klassische Gegenstandsbereich der Arbeitsmedizin, wie o. e., zusehends an Bedeutung verliert. Die über die klassische Unfallverhütung hinausgehenden und auf den präventiven Schutz und die Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer abzielenden Aktivitäten der Arbeitsmedizin müssen im Rahmen der auf Vernetzung bauenden Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden (Pfaff, 1999; Schmitthenner, 2000). Mit dem - im Ansatz erkennbaren - Strukturwandel



im Arbeitsschutz wird diesen Gedanken Rechnung getragen (Bieback & Oppolzer, 1999; Tielsch, Saßmannshausen & Seiler, 1999).<sup>41</sup> Es gilt darauf hin zu weisen, dass die mit dem traditionellen Arbeitsschutz verbundene, überwiegend defizitorientiert und klinisch-individualistisch vorgehende Diagnostik, eines paradigmatischen Wandels bedarf: weg von der Perspektive der Pathogenese hin zu einer systemisch konzipierten salutogenetischen Perspektive und ressourcenorientierten Diagnostik (Kentner, 2003).

Zusammengefasst kann hier festgehalten werden, dass - und dies klang auch in den Interviews an - ein informelles Frühwarnsystem kultiviert werden soll, das im Sinne des ICF auch auf Phänomene abzielt, die abseits manifester Krankheiten bestehen.

### 6.3.1.2 Wahl der Instrumente

*„Auffälligkeiten werden zufällig gefunden, es gibt keine strukturierten Untersuchungen und Erhebungen im Personalbereich“.*

Es gibt eine nicht oder wenig systematisierte Datenlage zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben, wobei die Datenlage in den Betrieben als eher schlecht eingeschätzt wird und Krankheitsfrühwarnzeichen von Betriebsärzten nur unzulänglich erfasst werden können. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass sich seitens der Betriebsärzte die Wahl der Instrumente eher einseitig an sicherheitsanalytischen Systematiken und einer starken Konzentration auf sicherheitstechnische Probleme (Unfallverhütung, Gerätesicherheit, Brandschutz, Erste Hilfe usw.) orientiert. Die relative Vernachlässigung psychischer Belastungen und Stress wirkt sich ungünstig auf die Erhebung generativer Faktoren im Bereich Organisation, Kooperation und Kommunikation aus (Pröll, 1998). Bei der Erhebung der Frühwarnzeichen steht - so hat es den Eindruck - v. a. die sicherheitstechnische und medizinische Diagnostik am als Patienten wahrgenommenen Arbeitnehmer im Vordergrund (Müller, 1992).

Neben der Wahl der Instrumente wurde auch das Fehlen von standardisierten und leitlinienorientierten Verfahren bei der Erhebung von Daten zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben, die auch den im ASiG genannten präventiven Handlungsanforderungen gerecht werden, angemerkt.

Von Seiten der GKVen gibt es bisher auch kaum anwendbare Instrumente für Vorhaben zur Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben. Zwar ist es den Krankenversicherungsträgern (in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern) möglich, eine Gesundheitsberichterstattung auf Ebene von Diagnosegruppen anzubieten. Doch

---

<sup>41</sup> Luxemburger Deklaration, Cardiff-Memorandum

dieses Instrument erlaubt es nicht, ein für die frühzeitige Erkennung des Bedarfs einzelner Individuen verwendbares Frühwarnsystem zu installieren. *„Die Krankenversicherungsdaten beziehen sich überwiegend auf Krankheiten und Krankenstand, nicht auf eine Population, die noch nicht erkrankt ist“.*

Im Überblick können folgende Instrumente zur Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben unterschieden werden.

### **Informelle Instrumente**

#### Informelles Gespräch ohne professionelle Akteure

*„Auf Zuruf von Mitarbeitern, Kollegen oder Vorgesetzten“*

Informelle Gesundheitskommunikation ist ein zentrales Instrument für die Vernetzung. Hierzu zählen Gespräche, in denen es inhaltlich um allgemeine Probleme im betrieblichen Alltag geht und die zum Ziel haben, Informationen zur Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter aber auch allgemeine Probleme im betrieblichen Alltag zu erheben. Diese Gespräche haben den Vorteil, dass die Informationen auf Basis einer Selbstauskunft der Betroffenen beruhen und vor Ort abseits standardisierter Erhebungen versicherten- und v. a. auch zeitnah erhoben werden können. Sie können einen (meist sehr selten gewagten (Marstedt et al., 1993)) ersten Schritt in Richtung professionelles Versorgungssystem oder soziales Umfeld darstellen, mit dem zusätzlichen Effekt einer Sensibilisierung der Arbeitnehmer für ihre Anliegen und Beschwerden.

#### Informelles Gespräch mit „semiprofessionellen“ Akteuren

Diese betreffen v. a. „informelle Gesundheitsexperten“ oder andere semiprofessionelle Mitarbeiter oder Vertrauenspersonen im Betrieb (Suchtbeauftragte, Leiter von innerbetrieblichen Rückenschulungen etc.). Die semiprofessionellen Akteure nehmen auch auf Grund ihrer pädagogischen Eignung eine besondere Position in der Gesundheitsversorgung innerhalb der Betriebe ein. In einem oft ungezwungenen Kommunikationssetting erhalten sie wichtige Informationen über krankheitsrelevante Frühwarnzeichen und/oder Gesundheitsressourcen von Arbeitnehmern und können diese ggf. adäquat weitervermitteln. Dies ist v. a. für den Bereich psychosozialer Problemfelder wichtig, wo in der Diagnostik und Intervention die komplexen Entstehungs-, Bedingungs- und Akteurskonstellationen berücksichtigt werden sollen (Lehnhardt, Rosenbrock, & Elkeles, 1996).

Auch im Rahmen von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können informelle Daten erhoben werden, v. a. weil hier alle wesentlichen Akteure vertreten sind.

Allerdings müssen den Grenzen eines informellen Gesprächs, der mangelnden Verbindlichkeit und den inhaltlichen Restriktionen, Rechnung getragen werden.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass von den Interviewpartnern, v. a. von den Arbeitnehmern (hier wiederum v. a. im ländlichen Raum) informelle Gespräche bevorzugt werden, wenn auch angemerkt wird, dass ein informelles System eine institutionalisierte Form der Kooperation nicht ersetzen kann.

### **Standardisierte Instrumente**

Standardisierte Instrumente unterscheiden sich von informellen Instrumenten im planmäßigen Vorgehen, der Definition von Zielkriterien und der Auswahl von Methoden und Instrumenten, die eine angemessene Datenintegration, -dokumentation und -evaluation ermöglichen (vgl. DVfR, 2000; BAPRO, BAuA, 2000a).

### Individualisierte Daten

In § 84 SGB IX ist die Schaffung eines Frühwarnsystems für nach § 2 SGB IX begünstigte Personen explizit benannt. Das heißt, dass „der Arbeitgeber bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 SGB IX genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt einschaltet“ und „der Arbeitgeber mit Zustimmung der betroffenen Person die Schwerbehindertenvertretung auch einschaltet, wenn eine schwerbehinderte Person länger als drei Monate ununterbrochen arbeitsunfähig oder das Arbeitsverhältnis oder sonstige Beschäftigungsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen gefährdet ist.“

Ähnliche Maßnahmen könnten auch für jenen nicht im § 2 SGB IX erfassten Personenkreis, bei dem personen-, verhaltens- oder betriebsbedingte Schwierigkeiten absehbar oder beobachtbar sind, eingeführt werden.

Über dieses im SGB IX verankerte Frühwarnsystem hinaus gibt es die Möglichkeit, im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und Betreuungspflichten nach dem ASiG<sup>42</sup> und den UVV (VBG 123) oder Gefährdungsbeurteilungen tätig zu werden (vgl. Gensch, 2001, S. 19ff; Heuchert et al., 1996) „wobei anzumerken ist, dass *Detailinformationen zu Vorsorgeuntersuchungen infolge fehlender standardisierter qualitätsgesicherter Vorgehensweisen und messbarer Outcome-Variablen nicht erfahrbare werden*“ (vgl.

---

<sup>42</sup> Nach dem ASiG (§ 3 Abs. 1) hat der Betriebsarzt den Arbeitgeber in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu beraten.

Weinsheimer, 1999). Auch ist hier zu berücksichtigen - Ergebnisse des KOPAG-Projektes belegen dies (BKK & HVBG, 1999, S. 32) - dass ein betriebsweites Screening zur Früherkennung von Krankheiten problematisch erscheint, zumal nur eine punktuelle Erreichbarkeit der Arbeitnehmer möglich ist.

Für den Bereich der sicherheitstechnischen Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben gibt es neben der Regelbetreuung auch das "Unternehmermodell". Diesem liegt die Philosophie zugrunde, dass Kleinunternehmer in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes so qualifiziert werden, dass sie auf dieser Basis selbständig Daten zur Früherkennung erheben können und erkennen, in welchem Umfang sie externe Beratung benötigen (Römer, 2003). Dies könnte auf Seiten der Arbeitgeber möglicherweise auch zu einem Motivationsschub für Anliegen der betriebsärztlichen Versorgung (vgl. Gensch, 2001a, S. 68ff) und möglicherweise auch für Vorhaben der Vernetzung führen. Möglich wäre es hier, entsprechende personenbezogene Daten in den Personalabteilungen zu erheben bzw. zu verarbeiten. *„Es gibt Statistiken im Betrieb zu Krankheitsfällen von Mitarbeitern, aber diese werden selten beziehungsweise nie verwertet.“* Ergänzend können hier Rückkehrgespräche (Pfaff, 2002) durchgeführt werden, um auf Probleme im Kontext mit einer drohenden Behinderung eines Arbeitnehmers näher eingehen zu können.

Auf Betriebsebene ist mit standardisierten Assessmentverfahren, wie dem „Work Ability Index“<sup>43</sup> die Analyse von Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten als Voraussetzung für gezielte Präventionsmaßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit möglich.

Wichtig ist v. a. auch, dass es *„auf Seiten der Arbeitgeber und Personalverantwortlichen Gesprächspartner bedarf, die wissen, wovon die Rede ist, die sehen, wenn was aus dem Ruder läuft und die mit Fragestellungen an Betriebsärzte herantreten können, die beantwortbar sind.“*

Auf Seiten der niedergelassenen Ärzte können in Untersuchungen Auffälligkeiten erhoben werden, wobei die oftmals fehlende Kenntnis der Arbeitsplätze und Betriebe durch die niedergelassenen Ärzte und die nur einseitige Information durch Arbeitnehmer die Qualität der erhobenen Daten beeinträchtigen. Grundsätzlich hätten niedergelassene Ärzte die notwendigen Instrumente zur frühzeitigen Erkennung individuellen Maßnahmenbedarfs, z. B. EDV-basierte Patientenregister, Recallsysteme (strukturierte Wiederbestellung) und Patientenbücher, zur Verfügung. Diese zu nutzen würde teilweise

---

<sup>43</sup> Arbeitsbewältigungsindex (BAuA, 2002a; Karazmann et al., 1995).

jedoch erhebliche Umstrukturierungsmaßnahmen in den Hausarztpraxen erfordern (Schneider & Szecsenyi, 2002).

Im Zuge der sozialmedizinischen Fallberatung und Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit könnten die MDKs in engem Zusammenwirken mit behandelnden Ärzten Daten zur Früherkennung bzw. zur Vernetzung erheben (Piechwoiak & Nafziger, 2000). *„Allerdings erhalten die wenigsten Ärzte, auch wenn dort alles auf dem Tisch liegt, Daten von denen.“*

### Organisationsbezogene Daten

Gemeint sind hier gesundheitsberichts-basierte Daten bzw. Erkenntnisse aus Verfahren wie einem Verbesserungsvorschlagswesen oder aus Mitarbeiterbefragungen (vgl. Borg, 2002), in denen es darum geht, *„was passiert im Betrieb, wer klagt, was ist gut und förderungswert.“* Ein *„Beschwerdesystem dient dazu, dass man weiß, woher gehäuft Probleme kommen können, eine gute Datenbasis verschaffen und gezielt danach zu suchen, wo es im Betrieb kracht und was praktikable Lösungen sind in Kooperation mit Technikern und sozialen Diensten“*. Entsprechendes Wissen kann z. B. aus Gesundheitszirkeln als einem relativ standardisierten Verfahren stammen, in denen Daten zur frühzeitigen Prävention erhoben werden können, aber die auch dazu dienen, das für die frühzeitige Prävention notwendige arbeitsmedizinische Wissen in die Belegschaft zu transferieren. In Gesundheitszirkeln können unter anderem *„auch Arbeitsunfähigkeitsdaten differenzierter besprochen, nach Ursachen geforscht oder Auffälligkeiten hinterfragt werden“* (vgl. Westermayer & Bähr, 1994<sup>44</sup>). Betriebsärzte sind nach Auskunft der Interviewpartner in solche Netze kaum involviert. Von Arbeitnehmerseite wird hier v. a. angeführt, dass *„Aktivitäten zur Gesundheit von Arbeitgebern und Personalverantwortlichen oft angesprochen, allerdings nicht so wie angekündigt und versprochen umgesetzt werden“*. So hätten diese Maßnahmen oftmals den Anschein, als Imagenträger des Unternehmens zu dienen. Bestehen jedoch innerbetrieblich tragfähige und kongruente Strukturen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, läßt sich daraus eine Bereitschaft zur Vernetzung initiieren, kultivieren und ableiten.

Die GKVen bieten den Betrieben statistische Auswertungen von Kassendaten an. Zu berücksichtigen ist hierbei, wie im Folgenden noch dargestellt werden wird, auch die Datenschutzproblematik, v. a. für den Bereich der Klein- und Mittelbetriebe. Anzumerken ist an dieser Stelle auch, dass aus den betriebsärztlichen Untersuchungsdaten eine

---

<sup>44</sup> Hier gibt es zwei programmatische Ansätze, die in unterschiedlicher Weise die an den Gesundheitszirkeln beteiligten Akteure miteinbeziehen (Slesina, 1994 (Düsseldorfer Ansatz); Friczewski, 1994 (Berliner Ansatz))

betriebliche Gesundheitsberichterstattung zu erstellen „wenig erfolgversprechend ist, da Aufwand und Ertrag in keinem realen Verhältnis stehen.“ Zusätzlich stellt sich die Frage nach der Relevanz der Daten und ihrer Qualität: Daten der Betriebsärzte beruhen auf rein medizinischen Untersuchungsergebnissen, die nach unterschiedlichen Kriterien erhoben wurden und miteinander nicht vergleichbar sind, zumal die Standardisierung der ärztlichen Dokumentation problematisch ist (vgl. Stöbl, 1998).

Zu den standardisierten Instrumenten zählen schließlich auch formalisierte Verfahren, wie gesetzliche Anzeigepflichten nach den Vorschriften der Unfall- und Krankenversicherung nach § 84 SGB IX<sup>45</sup> und die zwischen dem VDBW, der DGAUM und dem HVBG geschlossene Vereinbarung, dass Betriebsärzte über Anzeigen von Berufskrankheiten informiert werden müssen.<sup>46</sup>

### **6.3.1.3 Akteure, die im Rahmen der Datenerhebung zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation tätig werden**

*„Oft stellt man sich die Frage, wie direkt wird der Betriebsarzt eingeschaltet. Oft geht dies über 1000 Stellen und dann erst kommt es zum Betriebsarzt.“*

Der Arbeitnehmer verfügt hinsichtlich des Informationsflusses über nicht unerhebliche Steuerungsmöglichkeiten, da er entscheiden kann, wer in welchem Umfang über seine medizinischen Befunde in Kenntnis gesetzt wird. So können neben demjenigen, der die Daten erhoben und adäquat interpretiert hat - das ist in der Regel der niedergelassene Arzt für den Bereich der außerbetrieblichen und der Betriebsarzt für den Bereich der innerbetrieblichen Versorgung - in eingeschränktem Maße auch dem Arbeitgeber und den Personalverantwortlichen sowie, in geringem Umfang, der GKV die medizinischen Befunde bekannt sein.

Es stellt sich nun die Frage, welche Akteure im Rahmen der Vernetzung tätig werden und welche Akteure welche Frühwarnzeichen erheben können. Die Frage weist auf die unterschiedlichen Ressourcen der Akteure (medizinische Berufe, psychosoziale Berufe und Laien) bei der Erhebung von Daten zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation hin. So sind unterschiedliche sozialmedizinische Kenntnisse und ein entsprechendes Know-how in der Gesprächsführung erforderlich, v. a. wenn es beispielsweise um muskelskeletale Erkrankungen geht, wo etwa psychosoziale Problemstellungen in der

---

<sup>45</sup> z. B. §§193 Abs.1 u.2, 202 SGB VII und § 20 Abs.2 sowie § 92 Abs. 1, Satz 2, Ziffer 8 SGB V

<sup>46</sup> Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des VDBW und DGAUM. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 37, 8, 2002, S. 400f.

Genese eine wesentliche Rolle spielen können (Lehnhardt, Elkeles & Rosenbrock, 1997, S. 53ff).

Hausärzte sind auf Grund der Vertrauensbasis und der Kenntnis ihrer Patienten die zentralen (und meist ersten) Adressaten für gesundheitliche Anliegen von Arbeitnehmern, können personenbezogene Daten besonders gut erheben und die Probleme in somatische, psychologische und soziale Kontexte einordnen. Sie können gegenüber den Patienten in Bezug auf die Befunderhebung informativ tätig werden, sowie ggf. Therapiemöglichkeiten erörtern (Fischer, Beyer, Gerlach & Rohde-Kampmann, 2001, S. 440). Allerdings haben die Hausärzte in der Regel keine Informationen über den Arbeitsplatz der Patienten und eine oft geringe Sensibilität für betriebliche Zusammenhänge (Tempel, 1994, S. 33ff). Auch haben sie auf Grund der besonderen beruflichen Sozialisation und klinischen Ausbildung (Freidson, 1979) nur selten Erfahrungen in vernetzter Arbeit. Allzu oft neigen sie dazu, ein Defizitprofil der untersuchten Patienten zu erstellen und ziehen dazu die Ergebnisse aus Labortests und aus dem Einsatz aufwendiger apparativer Strukturen heran (Egger, 2002) - unter Vernachlässigung der in sozialmedizinischen Gesprächen erhebbarer Befunde. Hier tritt das Fehlen verbindlicher Leitlinien für die Erhebung von Daten, die von den niedergelassenen Ärzten in die vernetzten Strukturen zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation eingebracht werden können, zutage.

So wird den arbeitsplatzbezogenen Gutachten niedergelassener Ärzte, v. a. von Seiten der Arbeitgeber und bedingt auch der GKVen, mit einer gewissen Skepsis begegnet. Erfahrungen haben gezeigt, dass niedergelassene Ärzte in Unkenntnis der Tragweite ihrer Gutachten die *„Produktion stoppen lassen würden wegen gesundheitlicher Gefahren von Arbeitnehmern.“* Viele Gutachten niedergelassener Ärzte sind nach Darstellung der Betriebsärzte arbeitsplatzschädigend – *„es gibt Behandlungsvorschläge für Arbeitnehmer, die vor allem eines beinhalten - raus aus dem Arbeitsplatz.“*

Die durchgängig schlechten Erfahrungen mit arbeitsplatzrelevanten Attesten niedergelassener Ärzte (*„diese sind nicht sehr aussagekräftig und haben oft einen Gefälligkeitscharakter. Differenzierte arbeitsmedizinische Aussagen kommen nicht von niedergelassenen Ärzten“*), führen teilweise dazu, dass Arbeitgeber und Personalverantwortliche die Gutachten niedergelassener Ärzte nur dann für akzeptierbar halten, wenn diese mit dem Betriebsarzt rückgesprächen bzw. von diesen für die jeweiligen Arbeitsverhältnisse abgeklärt werden.

Diese kontrollierende Funktion ist allerdings nicht die Kernkompetenz der Betriebsärzte (Schmid, 2000, S. 324). Betriebsärzte haben Kompetenzen in der Befunderhebung und Zusammenführung relevanter medizinischer Parameter mit Arbeitsplatzaspekten. Er-

kenntnisse niedergelassener Ärzte werden für den Bereich der Vernetzung v. a. im Zuge einer Zusammenhangsbeurteilung interessant, wenn „betriebsärztliche Erkenntnisse von der Kenntnis der Gefährdungen, Belastungen und Einsatzbedingungen in den Branchen und Einzelbetrieben sowie der Kenntnis der gesundheitlichen und sozialen Besonderheiten der Beschäftigten und Erfahrungen bei der Betreuung von Kleinbetrieben branchen- und tätigkeitsorientiert systematisch zusammengetragen und ausgewertet werden“ (Gerecke, 2001).

Wichtig ist es nun, abseits der Kernbereiche der Arbeitsmedizin, deren Wurzeln in der Inneren Medizin und der Toxikologie liegen, und mit ihren „wichtigsten“ Werkzeugen, den Vorsorgeuntersuchungen, Grenzwertkonzepten und Berufskrankheitenbegutachtungen, das Berufsbild der Betriebsärzte hin zu proaktiv Tätigen (Barth, Glomm & Wienold, 2000) zu entwickeln, das Beratungen in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes inkl. Anregungen von Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben beinhaltet.

Es kann davon ausgegangen werden, dass es für den betrieblichen Bereich v. a. Betriebsärzte sind, die auf Grund ihrer Kenntnisse der betrieblichen Situation geeignet sind, entsprechende Frühwarnzeichen zu erkennen und entsprechend in ein adäquates Versorgungssystem zu implementieren. Allerdings können Erkenntnisse für ein präventives, therapeutisches und rehabilitatives Vorgehen nur im Rückschluss mit niedergelassenen Ärzten beschlossen werden. Dabei besteht ein grundsätzliches Kommunikationsproblem, auf das noch detaillierter eingegangen wird.

#### **6.3.1.4 Adressaten der Daten und Verbindlichkeit**

*„Spezialisten müssen auch Generalisten sein“*

Es müssen hier v. a. grundlegende Probleme der Gutachtenerstellung reflektiert werden (Schian & Laschet, 2000), da damit Versorgungsverläufe festgeschrieben und Aufgaben delegiert werden. Gutachten haben eine weitreichende Funktion, „sie entscheiden über Einzelschicksale von Menschen und deren Ansprüche für Maßnahmen zur Rehabilitation“ (Mehrhoff, 2003, S. 77). Es gilt also angesichts der Bedeutung von Gutachten darauf zu achten, wer mit welcher Verbindlichkeit Gutachten erstellt.

Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Daten in die Gutachten eingearbeitet werden und welche Funktion Gutachten im Kontext des frühzeitigen Erkennens von Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt der Teilhabe am Arbeitsleben erfüllen sollen. Dies v. a. vor dem Hintergrund, dass Vernetzung ein komplexes Unterfangen ist, in dem „Entscheidungsprozesse zur Zusammenarbeit, Selektions-, Verhandlungs- und Kooperationsprozesse“ auf das Engste zueinander finden müssen (Seiler, 2004, S. 33). Daraus abge-



leitet lässt sich auch festhalten, dass es „Probleme bei der Kommunikation“, v. a. hinsichtlich der Verbindlichkeit der Gutachten gibt. *„Etwa zu schnell verschriftlichte Formulierungen seitens der niedergelassenen Ärzte (...) führen automatisch zu etwas Festgefahretem (...) schwierig, dann auf den Arbeitsplatz Einfluss zu nehmen“*. Daraus resultiert schließlich, dass die Arbeitsplatzrelevanz von Gutachten v. a. der niedergelassenen Ärzte in Zweifel gezogen wird. Informelle Kontakte und Absprachen mit Betriebsärzten behoben könnten die angenommenen Defizite zwar beheben, finden jedoch in der Regel nicht statt. So enthalten Gutachten oft Formulierungen, die Probleme quasi „wegdelegieren“: *„Die sind damit aus dem Schneider – in Wirklichkeit hat der niedergelassene Arzt dem Arbeitnehmer ein Problem gemacht, Betriebsärzte müssen aufpassen, dass der niedergelassene Arzt dem Arbeitnehmer nicht den Arbeitsplatz nimmt, Betriebsärzte dürfen nicht nicken zu Gutachten der niedergelassenen Ärzte.“*

Hier kommt die oben schon erwähnte kontrollierende und evaluierende Funktion der Betriebsärzte in Bezug auf die Gutachten niedergelassener Ärzte zum Tragen (Schmid, 2000, S. 328). Dabei wird nicht ausschließlich Widerspruch thematisiert. Häufig müssen die Einschätzungen der niedergelassenen Ärzte von den Betriebsärzten weitergedacht und in Bezug zum Arbeitsplatz gesetzt werden.

Wie bereits angedeutet wurde, erfolgt die Gutachtenerstellung nur in Ausnahmefällen proaktiv: Gutachten werden vor allem reaktiv erstellt und müssen rückblickend die Entstehungsgeschichte eines Problems und die damit verbundenen Interessenslagen befunden. Zudem kommen die möglicherweise unterschiedlichen Interessen, denen die Gutachter, v. a. die Betriebsärzte, ausgesetzt sind, zum Tragen. Diese Frage stellt sich auch vor dem Hintergrund der teilweise sehr unterschiedlichen und nicht immer nachvollziehbaren Genehmigungspraxis der Sozialversicherungsträger, wer in welchem Umfang für ein Behandlungsgeschehen die Kosten übernimmt (Kämpe, 2002). Auf der Sozialrechtstagung in Kiel vom November 2003<sup>47</sup> wurde in zahlreichen Wortmeldungen dieser Misstand bekundet, etwa *„dass 4/5 der Anträge von niedergelassenen Ärzten an die Krankenkassen ohne Begründung abgelehnt würden. Es besteht seitens der Krankenkassen ein wenig standardisierter Umgang mit den Daten der Ärzte. So kommt es oftmals zu einem Hin und Her zwischen den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und den Ärzten, wobei es sich letztendlich nur um Kostenfragen dreht. Auf der Strecke bleibt hier immer der Patient.“*

---

<sup>47</sup> Sozialrechtstagung des Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa an der Universität Kiel und des LVA Schleswig-Holstein am 23/24.11.2003 in Kiel

Auf Kontrollressourcen der MDKs als Anstalten öffentlichen Rechts und als evaluierende Einrichtungen über Anträge von Versicherten auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen, v. a. bei strittigen Fällen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit, kann hier nur bedingt zurückgegriffen werden.

Versorgungstechnisch stellt sich für den Bereich der qualifizierten Gutachten mithin die Frage der Verknüpfbarkeit der und des Zugriffs auf die für die zur Vernetzung relevanten Daten. Es ist darauf zu achten, dass - vor dem Hintergrund, dass betriebliche Aspekte einen immensen Anteil am Gesundheitsgeschehen haben - Akteure disziplinenübergreifend sozialmedizinische Gutachten erstellen und Erfahrungen mit und Orientierungen an betrieblichen Rahmenbedingungen berücksichtigen müssen.

Bei der Gestaltung der Gutachten müssen hinsichtlich ihrer Funktion grundlegende Inhalte und Informationsstandards sowie deren Kommunizierbarkeit inklusive der Datenschutzinteressen definiert werden (IQPR, o. J.). Eine einheitliche terminologische und inhaltliche Ausrichtung kann v. a. über den ICF-Krankheitsbegriff als Chance für die Vernetzung erfolgen.

*„Es obliegt nach überwiegender Einschätzung den Betriebsärzten, die für diese Aufgabe erforderlichen Gutachten zu erstellen beziehungsweise die dazu nötigen Informationen anzufordern beziehungsweise einzuholen.“*

Zu fragen wäre, ob anhand konkreter Fragen des Auftraggebers Gutachten erstellt werden können (Mehrhoff, 2003). Hier besteht jedenfalls ein Qualifikationsbedarf bei Ärzten für die Erstellung angemessener Gutachten, die alle Belange zur Vernetzung und anteiligen Versorgung beinhalten (Kellermann, 2000; Hamacher, 1998).

Im Hinblick auf das Selbstverständnis der Gutachter kann gesagt werden, dass diese „frühzeitig im Kontakt mit den verschiedenen Arztgruppen in der Praxis, den Rehabilitationszentren und anderen sozialmedizinischen Diensten etc. den Rehabilitationsbedarf erkennen und die weitere Fallbearbeitung beim eigenen Träger und trägerübergreifend begleiten und ggf. intervenieren“ (Heipertz, 2003, S. 89) sollen.

### **6.3.2 Bereitschaft und Motivation**

*„Es kann nur gemeinsam ein Problem bearbeitet werden, und indem man sich gegenseitig unterstützt, sonst geht gar nichts.“*

Komplexe Störungsmuster oder sich über längere Zeit ankündigende und entstehende Krankheiten bedürfen einer besonderen Diagnostik und auch einer ebensolchen Versorgung. Sie können nur in Zusammenarbeit adäquat erkannt und behandelt werden

(Seidl, Neuner & Schochat, 2003). Angesprochen sind hier v. a. Experten, wie z. B. Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte für den betrieblichen Bereich und niedergelassene Ärzte für den außerbetrieblichen (medizinischen) Bereich. Es bedarf hier - über das arbeitsmedizinische Versorgungssystem - einer Überbrückung der Schnittstelle zwischen dem medizinischen und dem betrieblichen Versorgungssystem.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine umfassende wechselseitige Information Voraussetzung für die Prävention und das frühzeitige Erkennen eines individuellen Bedarfs an Maßnahmen ist, muss auch auf strukturelle Erschwernisse der betriebsärztlichen Versorgung eingegangen werden. Zu diesen Erschwernissen gehören

- die in den UVV (VBG 123) vorgegebenen geringen (Mindest-)Einsatzzeiten, v. a. in gefährdungsarmen Betrieben,
- soziale Hindernisse wie Vorurteile und Einstellungen, die Betriebsärzten häufig den „Charakter eines bloßen Anhängsels der betrieblichen Organisation“ (Lehnhardt, 2003, S. 11) zuschreiben
- und das Fehlen einer systematischen und kontinuierlichen Einbindung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Organisations- und Führungsstrukturen und in die Abläufe der Betriebe, die den gestaltenden Einfluss und die präventive Wirksamkeit betriebsärztlicher Tätigkeiten eher begrenzen (vgl. Kliemt et al., 2003, S. 580ff).

Auch stellt sich die Frage, in wie weit Bemühungen zur Vernetzung einen Anlasspunkt für Konflikte darstellen, gerade wenn es darum geht, unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichen Berufsselbstverständnissen und Handlungsmustern (Freidson, 1979) zusammen zu führen, geht es doch bei Vernetzung letztlich auch um die Verteilung von Kompetenzen, Geld und Macht - und damit auch immer auch um Verlierer (Kühn, 2001).

Schlussendlich wird einem umfassenden Anspruch an eine Zusammenarbeit die Frage entgegengehalten: *„Ob eine Kooperation sinnvoll ist kann man so nicht beantworten – man müsste über den einzelnen Fall mehr Wissen haben“ (Leiter eines Arbeitsmedizinischen Zentrums).*

### **6.3.2.1 Bereitschaft und Motivation der Betriebsärzte zu vernetzungsrelevanten Aktivitäten**

Seitens der Betriebsärzte wurde in den Interviews - auch in Übereinstimmung mit den Leitlinien des VDBW zur betriebsärztlichen Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben

(VDBW, 2001, S. 138) - durchweg die Bereitschaft zu einer Vernetzung bekundet. Vor dem Hintergrund der, wie weiter unten dargestellt, fehlenden Bereitschaft weiterer Akteure, gemahnen diese Bekundungen an eine „Sozialromantik“ (Westebbe, 1998, S. 50 u. 62). Allerdings kam in den Arbeitnehmerinterviews auch zum Ausdruck, dass Betriebsärzte in der Vernetzung *„nur in der Anfangsphase aktiv wurden und bei zu speziellen Problemen kaum was gemacht haben“*.

Kooperationsbeziehungen gehören, nach Darstellung der meisten interviewten Betriebsärzte, per se zum beruflichen Handeln der Betriebsärzte (Galliker, 2000), da beispielsweise *„Vorsorge um die Gesundheit der Arbeitnehmer zum eigentlichen Berufsverständnis der Betriebsärzte zählt und sie in ihrem beruflichen Selbstverständnis in der neutralen Wahrnehmung von Aufgaben dem Mitarbeiter gegenüber verpflichtet sind“* und *„sie dies für die koordinierende Zusammenarbeit mit allen Akteuren ... prädestiniert“*.

Für einen Großteil der interviewten Betriebsärzte kann gesagt werden, dass sie ihre Vernetzungsbemühungen als Bringschuld einschätzen. *„Kontakt muss Betriebsarzt schaffen. Betriebsärzte müssen sich umfassend für Arbeitnehmer und Firma engagieren“*, *„Betriebsärzte müssen den niedergelassenen Ärzten Angebote unterbreiten und auf sie zugehen.“* Die Bereitschaft zur Vernetzung wird allerdings durch mehrere Aspekte beeinträchtigt:

Zum einen werden auf Seiten der Betriebsärzte Probleme in der „Vermarktung“ ihrer Anliegen gesehen. *„Betriebsärzte kommen nicht durch beim Vermarkten ihrer Anliegen. Es ist auch schwierig, das Produkt der Betriebsärzte zu verkaufen, das nicht greifbar ist - wie Prävention und Gesundheit. Vor allem ist es in Kleinbetrieben sehr schwer zu vermitteln, das Betriebsärzte notwendig sind, wenn er nur alle drei Jahre kommt.“* *„Probleme in der Zusammenarbeit rühren vor allem daher, dass das betriebsärztliche Betreuungsmodell es vorsieht, dass die Gesunden gesund bleiben. Das entspricht nicht den Vorstellungen eines Arztes. Die Vernetzung würde unter anderem auch den Betriebsärzten und deren Leistungen einen noch breiteren Bekanntheitsgrad verschaffen.“*

*„Betriebsärzte dürfen aber auch“*, so in den Interviews, *„nicht nur zugunsten der Arbeitnehmer aktiv werden, sondern müssen den Betrieb als Ganzes sehen - Arbeitnehmer ist Teil eines Unternehmens.“* Hier wird die auch von von Brucks et al. (2002, S. 75ff) diagnostizierte "Sandwich-Position" der Betriebsärzte angesprochen. Diese Position zwischen Arbeit- und gleichzeitig Auftraggeber auf der einen Seite und Arbeitnehmer und Patienten auf der anderen Seite behindert Betriebsärzte - z. B. durch den notwendigen Schutz von Persönlichkeitsrechten der Arbeitnehmer und Patienten - in der Kooperation mit betriebsexternen Strukturen (Rosenbrock & Lenhardt, 1999).

Eine von allen akzeptierte Einbindung der Betriebsärzte in den Betrieb wäre eine Grundlage für eine Vernetzung. Allerdings wirkt sich die dargestellte, relativ isolierte Stabstellenfunktion, die geringe zeitliche Präsenz v. a. in Betrieben, die ihre vorgeschriebene Einsatzzeiten extern einkaufen, die geringe Vertrautheit mit betrieblichen Strukturen und der z. T. niedrige innerbetriebliche Status und Handlungsspielraum der Betriebsärzte (Lehnhardt & Rosenbrock, 1999, S. 74) nachteilig auf deren Vernetzungsbemühungen und -aktivitäten aus.

Weiterhin ist auch auf die (auch nichtmedizinische) Konkurrenz unter Betriebsärzten hinzuweisen, die stellenweise dazu führt, dass die vom Unternehmen bezahlten arbeitsmedizinischen Stunden nur teilweise ärztlich und in zunehmenden Maße durch weniger qualifiziertes (und damit billigeres) Personal erbracht oder oft auch einfach nicht geleistet werden (Weinsheimer, 1999; Dietrich, 1998). Dies wirkt sich nachteilig auf die Qualität der Betreuung und vermutlich auch auf die Bereitschaft (und Ressourcen) der Betriebsärzte zur Vernetzung aus.

Fehlende Rückmeldungen seitens der niedergelassenen Ärzte oder mangelnde Abstimmungen hinsichtlich Therapien, die teilweise auch in den *„Statusunterschieden unter der Ärzteschaft, v. a. im vermeintlich im Vergleich zu niedergelassene Ärzten oder Fachärzten geringeren sozialen Status der Betriebsärzte“* ihren Ursprung haben, reduzieren die Bereitschaft der Betriebsärzte zur Vernetzung.

### **6.3.2.2 Bereitschaft und Motivation der Arbeitgeber/Personalverantwortlichen, sich in vernetzte Strukturen einbinden zu lassen**

Die Bereitschaft der Betriebe, sich in Aktivitäten im Sinne des Arbeitsschutzes und in vernetzte Strukturen zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation einbinden zu lassen, kann als eher gering eingeschätzt werden:

- Das gesundheitliche Wohl der Beschäftigten steht bei deutschen Arbeitgebern im Allgemeinen nicht hoch im Kurs.
- Auf Seiten der Betriebe besteht eine sehr gering ausgeprägte Kultur der vorausschauenden Problemvermeidung, v. a. auch für vernetzungsrelevante soziale und psychische Gefährdungen, und der Wahrnehmung von Chancen im Bereich der Gesundheitsförderung (Expertenkommission Betriebliche Gesundheitsförderung, 2002, S. 9).
- Gesundheitsbezogene Aktivitäten in den Betrieben sind oft wenig bis gar nicht mit überbetrieblichen Prozessen verzahnt (Engelhardt-Schagen & Nemitz, 2000).

Auf der anderen Seite haben aber Unternehmer die gesetzliche Pflicht, alle erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes für Beschäftigte zu treffen. Oft wird ob dieser v. a. für Kleinstunternehmer nicht zufriedenstellenden Situation der Betriebsarzt als „Staatskommissar“ (Engelhardt-Schagen & Nemitz, 2000) und der Arbeitsschutz als zusätzliche, überflüssige und unnötig Kosten produzierende Sozialleistung gesehen (Siegemund, 2003, S. 82).

Trotz dieser pessimistischen Einschätzung kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitgeber, stark abhängig von ihrem Grundverständnis in Bezug auf die Möglichkeiten einer vernetzten medizinischen Versorgung (Kliemt et al., 2003) die grundsätzliche Notwendigkeit und den Nutzen von Bemühungen zum frühzeitigen Erkennen individuellen Bedarfs an Maßnahmen zur Teilhabe von Arbeitnehmern am Arbeitsleben erkennen (Brucks et al., 2002, S. 74).

Anliegen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes und damit auch Fragen der Vernetzung am Arbeitsleben werden allerdings nur dann als neben anderen Zielen gleichwertiges Unternehmensziel Akzeptanz finden, wenn sie einen im Verhältnis zum Aufwand erkennbaren Nutzen für Unternehmer und Beschäftigte bringen. Ansonsten wird der Arbeitgeber eher versuchen, seiner Pflicht ohne großen Aufwand und möglichst kostengünstig nachzukommen (Gensch, 2001). Dies trifft v. a. auf die kleineren Unternehmen zu, die bei der betriebsärztlichen Betreuung oftmals ein für sie akzeptables und konzeptionelles Produktdesign vermissen (Schulte, Ritter & Rentzsch, 2003, S. 2f; vgl. v. a. auch Wienold, 1999).

Dort wo ein Verständnis für die Notwendigkeit der Vernetzung besteht, etwa wenn das informelle Know-how (Stichwort: Erfahrungswissen) der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert haben *„sind Arbeitgeber und Personalverantwortliche oftmals sehr motiviert und engagiert und investieren auch im Rahmen von beruflichen Reha-Verfahren“* (vgl. die einschlägigen Demotrans-Publikationen zu dieser Thematik<sup>48</sup>). Aber dennoch bleibt auch hier oftmals ein fehlendes Verständnis für einen integrativen und ganzheitlichen Arbeitsschutz, der implizit die Vernetzung beinhaltet und der nicht nur an wirtschaftlichen Kenngrößen festgemacht werden kann, sondern auch weiche Faktoren auf Seiten der Belegschaft aufgreift. *„Investiert wird beim Gesundheitsschutz v. a. in Technik, ein messbarer und in sich geschlossen nachvollziehbarer Lösungsansatz, was Belastungen oftmals verschleiert, damit geht man in sein Schneckenhaus und versucht, die*

---

<sup>48</sup> [www.demotrans.de](http://www.demotrans.de): DLR & Fraunhofer IAO: Innovative Arbeitsgestaltung – Zukunft der Arbeit (gefördert durch das BMBF)

*Probleme für sich zu lösen.*“ (angestellter Sicherheitstechniker, Unternehmen mit ca. 500 Mitarbeitern, Automobilindustrie).

Grundsätzlich müssen also die Arbeitgeber und Personalverantwortlichen für eine Vernetzung ihre dominierenden gesundheitsbezogenen Problemwahrnehmungen in Frage stellen. Gesundheit und Prävention als Organisationsanliegen zuzulassen stellt für viele Betriebe eine Herausforderung dar. Vernetzung als „wenig technokratisch-formalistisches Handeln mit einer akteursübergreifenden Kommunikation impliziert zusätzliche Herausforderungen und steht in einem krassen Gegensatz zum üblicherweise bestehenden Delegieren des Gesundheitsschutzes an meist randständige medizinische und technische Experten“ (vgl. Engelhardt-Schagen & Nemitz, 2000, S. 402; Rüdiger, 2000, S. 174). Dadurch werden Aktivitäten zur Vernetzung nicht mit den übrigen betrieblichen Prozessen verzahnt. Vernetzung als Diskurs der Problembearbeitung bedarf so gesehen einer Bereitschaft der Unternehmer, sich auch mit außerbetrieblichen Akteuren über Anliegen zur Vernetzung auseinander zu setzen.

Für Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe ist, neben der schlechten Erreichbarkeit, auch zu erwähnen, dass diese oft *„eine ganz gute, wenn auch betriebsärztesfreie implizite Gesundheitspolitik machen, die an informale Strukturen ansetzt und wo es für professionelle vernetzungsrelevante Anliegen etwa der Betriebsärzte schwierig anzusetzen ist.“* *„Kleinstbetriebe sind gesundheitlich oft sehr gut versorgt, da der Eigentümer mitarbeitet und (...) wird sich keine Gefahren schaffen, die er nicht selbst akzeptiert. Die sozialen Beziehungen sind so eng, dass man sich gegenseitig verpflichtet fühlt“.* (Sozialversicherungsträger) *„Eine Vernetzung außerhalb eines Anlassfalles macht vor allem aus Sicht der Kleinstbetriebe keinen Sinn und für den konkreten Einzelfall wird eine Vernetzung vom Arbeitgeber initiiert“* (Arbeitsmediziner). *„Aus Sicht der Kleinstbetriebe verkaufen Arbeitsmediziner etwas, was keiner haben will - Arbeitnehmer können auch zum niedergelassenen Arzt gehen“* (Sozialversicherungsträger).

Verschiedene Formen der Gesundheitspolitik, v. a. bei den Kleinstbetrieben, sollen unter der Perspektive der Vernetzung kurz genauer ausgeführt werden. Vor allem in Kleinstbetrieben bestehen Ressourcen sozialer Unterstützung. Personalisierte und quasi-familiäre Arbeitsbeziehungen, wechselseitige Akzeptanz, Ambivalenz von sozialer Unterstützung und sozialer Kontrolle sowie Pragmatismus bei Problemlösungen unterstützen informelle und implizite Gesundheitspolitik (vgl. Fromm & Pröll, 2003; Pröll, 2001).

Trotz der eingangs geschilderten Einschätzung, dass bei den Betrieben allgemein nur eine geringe Bereitschaft zur Vernetzung mit dem Ziel des frühzeitigen Erkennens von Bedarfen anzunehmen ist, zeigen sich hier dennoch Ansatzpunkte, die die Erreichung

dieses Ziels ermöglichen. Wichtig hierbei ist eine Akzeptanz der kleinen pragmatischen Schritte und der tragfähigen Improvisation der Kleinstbetriebe, die auf Alltagserfahrung und Laienkompetenz sowie auf pragmatisches Arbeitsschutzmanagement aufbauen (BAuA<sup>49</sup>) (Pröll, 1998). Es ist zu überlegen, ob die organisierenden Kompetenzen und Delegationsmöglichkeiten der Kleinstbetriebe vergrößert werden müssen.

### **6.3.2.3 Bereitschaft und Motivation der niedergelassenen Ärzte zu vernetzungsrelevanten Aktivitäten**

*„Das Problem der niedergelassenen Ärzte ist schon, die kommen nicht an die Betriebsärzte heran (...) Da hat dann der niedergelassene Arzt irgendwann mal keine Zeit und auch kein Interesse mehr.“*

*„Manche niedergelassenen Ärzte wollen es auch manchmal nicht, das sich die Betriebsärzte bei ihnen einmischen, auch, weil verschiedene Themen nur Arbeit machen“.*

Für die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in Anliegen zur Vernetzung spricht, dass chronisch kranke Menschen in Deutschland zumeist einen Hausarzt haben und durch diese (zumeist) regelmäßig betreut werden. Oft besteht ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen chronisch Kranken und ihrem Hausarzt, das es den Hausärzten ermöglicht, die individuelle Lebenswirklichkeit der Patienten zu berücksichtigen (Gerlach & Szecsenyi, o. J.; Deutscher Hausärzterverband, 2003).

Allerdings ist davon auszugehen, dass die Hausärzte in ihrer Gesamtheit im Hinblick auf rehabilitative bzw. arbeitsmedizinische Frage- und Aufgabenstellungen gegenwärtig noch nicht ausreichend qualifiziert sind und auch nicht durchgängig die Relevanz dieser beiden Arbeitsbereiche entsprechend einschätzen (Petermann, Pöschke, Deuchert, Vogel & Seger 1999; vgl. dazu auch: Heine, 2003). So wird, da die niedergelassenen Ärzte in das betriebliche Geschehen ihrer Patienten kaum eingebunden sind und dazu auch keine Informationen (wenn doch, dann ausschließlich von den Arbeitnehmern) haben, die Relevanz ihrer Empfehlungen und Aktivitäten von betriebsärztlicher Seite als eher gering eingeschätzt.

Die Bereitschaft und Motivation der Akteure, also auch der niedergelassenen Ärzte, zur Zusammenarbeit, setzt allerdings die Kenntnis des jeweiligen Angebotes der potenziellen Kooperationspartner, der Arbeitgeber und v. a. auch der Betriebsärzte voraus. Allerdings: *„60 % der niedergelassenen Ärzte wissen nicht, was Betriebsärzte machen.“*

---

<sup>49</sup> Präsentation im Rahmen der „Initiative für eine neue Qualität in der Arbeit“ (INQA) 2002 in Dortmund ([www.inqua.de](http://www.inqua.de) und [www.baua.de](http://www.baua.de)).



*„Niedergelassene Ärzte haben auch keine Idee an Betrieb und Arbeit zu denken“* (vgl. auch Kliemt et al., 2003, S. 596ff).

Insgesamt wird die Bereitschaft der Hausärzte zur Vernetzung als gering eingeschätzt. Es macht daher Sinn, auf die möglichen Ursachen dieser eingeschränkten Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte. Wie o. e. hängt dies sicherlich mit der beruflichen Sozialisation der niedergelassenen Ärzte zusammen (Freidson, 1979). Sie lernen in ihrer krankenzentrierten Ausbildung nur unzureichend, in Teams zu arbeiten und mit Teams zu kooperieren, systemisch und ergebnisorientiert zu denken und ihre Autonomie mit anderen zu teilen (Kühn, 2001). Hinzu kommen dysfunktionale Folgen einer Vernetzung, wie die durch die vernetzungsbedingte intersektorale Zusammenarbeit provozierte kollegiale Kontrolle und die vermeintlichen Einschränkungen in der professionellen Autonomie der universalistisch und erfahrungsbasiert agierenden Hausärzte (Meyer & Denz, 2000). Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte würde der einzelne Arzt bei einer Vernetzung viel von seiner Autonomie, seiner Therapiefreiheit und auch von seiner spezifischen Art der Praxisführung abgeben müssen. Zur Folge hat dies, dass niedergelassene Ärzte ihre therapeutischen Maßnahmen kaum mit anderen potenziell an einer Vernetzung beteiligten Akteure abstimmen. Weiterhin widerstrebt vielen niedergelassenen Ärzten die im Zuge einer Vernetzung anstehende berufliche Neupositionierung und die Übernahme der häufig als fachfremd erlebten administrativen Tätigkeiten, die in der Regel als eine Ursache der beruflichen Überlastung eingeschätzt werden. Damit implizit verbunden ist auch die Frage der Vergütung für entsprechende Leistungen im Sinne der Vernetzung. V. a. von Betriebsärzten wird moniert, dass *„niedergelassene Ärzte sich auf nichts einlassen, wenn es nicht bezahlt wird.“*

Aber auch die strukturellen Einschränkungen, etwa eine Kooperation mit einer Vielzahl an Betriebsärzten sowie die fehlenden kommunikativen Strukturen zu den einzelnen Betriebsärzten reduzieren die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte zur Vernetzung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass niedergelassene Ärzte nicht von sich aus die Kooperation starten. *„Es muss um den Einzelfall gehen, darin liegt auch die Kooperation begründet, wenn es dem Einzelfall was bringt, dann ist ein Engagement da, aber das ist ein grundsätzliches Engagement.“*

Die Regel ist vermutlich, dass eine Vernetzung in der Wahrnehmung und im Verständnis der niedergelassenen Ärzte keine relevante Größe in ihrer Tätigkeit darstellt und sie damit auch keine über Einzelaktionen hinausgehende Kooperationen anstreben.

#### **6.3.2.4 Bereitschaft und Motivation der Kammern und Innungen zur Mitarbeit an vernetzungsrelevanten Aktivitäten**

Für Anliegen zum Gesundheitsschutz wird auch auf eine Kooperation mit Verbänden und Organisationen der Betriebe und Branchen, etwa Innungen, Kreishandwerkerschaften, Berufs- und Fachverbänden oder Handwerkskammern zurückgegriffen. Diese nehmen mit ihren ausdifferenzierten Funktionen in den Bereichen sozialer Dialog, Information, Beratung und Bildung einen großen Teil der Aufgaben wahr, die im großbetrieblichen Milieu von internen Stäben und Dienstleistern erbracht wird (Wienold, 2000, S. 94). Sie stellen damit eine wesentliche soziale Infrastruktur der kleinbetrieblichen Arbeitswelt dar, die v. a. auf einer arbeitskulturellen Nähe, relativ niedrigen Zugangsschwellen, überwiegend kostenlosen Angeboten, differenzierten Kenntnissen der typischen Betriebsverhältnisse usw. aufbaut und die u. a. auch für Präventionsaufgaben genutzt werden kann. V. a. die Betriebs- und Branchennähe erlaubt es, den hohen Anforderungen an Zielgruppengerechtigkeit, Flexibilität und Kundenorientierung gerecht werden zu können (Pröll, 2001; Pröll, 1998a). Aus dieser Sicht ist es eine der zentralen Aufgaben dieser Strukturen, v. a. Klein- und Kleinstbetriebe bei Anliegen zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben beratend zu unterstützen (vgl. auch Schulte et al., 2003, S. 13).

Mit Vertretern der Bundesärztekammer wurden in den Interviews v. a. auch berufsständische Themen angesprochen, etwa, in wie fern sich die Kammer mehr um die Betriebsärzte kümmern müsste und es *„eigentlich die seien, die motiviert werden müssten, dass man die Arbeitsmedizin mitdenkt.“* Die Betriebsärzte hätten - so in den Interviews - im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten keine Lobby in der Bundesärztekammer. Möglicherweise würden hier auch Statusunterschiede gefördert, wobei die Ansicht vertreten wird, dass eine Vernetzung und damit die Möglichkeit einer koordinierten Zusammenarbeit auch einer Demokratisierung der Ärzte dient.

#### **6.3.2.5 Bereitschaft und Motivation der Arbeitgeber und Personalverantwortlichen an der Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter**

Für Arbeitgeber ist es v. a. wichtig, dass sie durch die Beschäftigung ihrer Arbeitnehmer profitieren, zumindest jedoch nicht verlieren. Es sollte allerdings nicht ausschließlich den Arbeitgebern obliegen, dass sie für Arbeitnehmer in die mit einer Behinderung eines Arbeitnehmers verbundenen Probleme investieren müssen (ILO, Leitfaden zum Management von Behinderung am Arbeitsplatz). So macht eine Vernetzung mit dem Ziel des frühzeitigen Erkennens von individuell notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben nur Sinn, wenn Arbeitgeber (v. a. in Klein- und Mittelbetrieben) unterstützt werden. Damit kann deren Bereitschaft steigen, leistungsgewan-

delte Mitarbeiter weiter zu beschäftigen und die Teilhabe von Arbeitnehmern am Arbeitsleben systematisch zu fördern (Haines, 1999, S. 12ff).

Eine Bereitschaft der Betriebe an der Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter hängt hierbei von den Arbeitsplatzverhältnissen und dem Gesamtgefüge der Machbarkeit ab (BAuA, 1995), wobei letzteres vernetzungsrelevante Aspekte beinhaltet und *„viele weiche Faktoren ein Rolle spielen.“*

Orientiert man sich an den Arbeitnehmerinterviews, so ist die Bereitschaft der Betriebe zur Weiterbeschäftigung als eher begrenzt einzuschätzen:

*„Wenn jemand beeinträchtigt ist, die Arbeitsaufgaben nicht mehr erfüllen kann, wegen Alter und Körper, die können intern auch nicht mehr so gut eingesetzt werden, werden meist noch mal länger krank geschrieben und dann gehen sie in die Rente.“*

*„Die Ressourcen der Weiterbeschäftigung bei Behinderung bei Klein- und Mittelbetrieben sind gering – Kündigung ist der Regelfall, bei einem Grad der Behinderung von 50% müssen noch die Integrationsämter eingeschaltet werden.“*

*„Arbeitgeber und Personalverantwortliche sagen aber auch, sie können sich kranke Arbeitnehmer nicht mehr leisten.“*

*„Es gibt keinen Arbeitgeber, der die haben will, rutschen durch alle Lücken durch.“*

*„Wenn jemand den Arbeitsplatz nicht mehr ausfüllen kann, wird er abgesägt.“*

In den Interviews wurde immer wieder auf die unterschiedlichen Ressourcen der Großbetriebe einerseits und Klein- und Mittelbetriebe andererseits hingewiesen. *„Großunternehmen können bezüglich der Rehabilitation besser agieren, vor allem haben sie aber auch mehr Ressourcen. In Klein- und Mittelbetrieben könnte man solche Strategien von interner Umsetzung nicht anwenden“* (vgl. dazu Glomm, 1999).

Zwar wird die stufenweise Wiedereingliederung leistungsgewandelter Mitarbeiter auch als eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung angesehen (vgl. dazu Niehaus, Schmal & Heinrich, 2000, S. 18ff; Marschall, 1999, S. 21ff), allerdings sind diese Möglichkeiten sehr stark von der Art der Krankheit abhängig. *„Wenn man aber auf Arbeitgeber zugeht und sagt, man hat einen 35jährigen Psychotiker, dann entstehen Ängste, die kann man nicht abbauen.“*

Von Seiten der Betriebsärzte können Ressourcen leistungsgewandelter Mitarbeiter, wie z. B. deren Erfahrung, und Akzeptanz für die leistungsgewandelten Mitarbeiter gerade bei herkömmlichen Krankheiten wie bei Muskel-Skelett-Krankheiten beigesteuert

werden (BAuA, 1995, S. 13ff). V. a. aber können sie im Zusammenspiel mit ergänzenden und flankierenden Strukturen Maßnahmen erarbeiten, die für eine Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter zielgerichtet sind (Quatro-Projekt, Krämer, 2001).

Für den Bereich der Entlassungen von - auch schwerbehinderten - Arbeitnehmern haben Betriebsärzte keine Relevanz. *„Niedergelassene Ärzte sind in Angelegenheiten der Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter kaum involviert. Die Schwerbehindertenvertretung und der Betriebsrat sind nur bei arbeitsrechtlichen Problemstellungen, sozialen Härten und im Falle einer Kündigung eines Schwerbehinderten beteiligt.“*

Die Bereitschaft der Betriebe an der Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter ist – aus einer vernetzungsrelevanten Perspektive – abhängig von bestehenden Strukturen und dem Gesamtgefüge der Machbarkeit als eher begrenzt einzuschätzen.

### **6.3.3 Formen der Zusammenarbeit**

Für eine Vernetzung zur frühzeitigen Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann auf den gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung aufgebaut werden. Vernetzung kann allerdings nicht in der bloßen Aneinanderreihung kurativer Leistungen bestehen, sondern muss strukturiert sein und koordiniert werden. Grundlegende Prinzipien sind dabei die Frühzeitigkeit, Nahtlosigkeit, Nachhaltigkeit, Personenorientierung sowie Ganzheitlichkeit, Selbstbestimmung und Ressourcenorientierung.

Die Analyse der Zusammenarbeit erfolgt in vorliegendem Kapitel implizit in Anlehnung an Schubmann (2003) auf Basis folgender grundlegender Dimensionen:

1. sachliche Dimension, z. B. die Kernkompetenzen der zu beteiligenden Akteure;
2. personelle Dimension, z. B. die Hierarchiebeziehungen zwischen den beteiligten Professionen;
3. institutionelle Dimension, z. B. das Prinzip der Einzelwirtschaftlichkeit;
4. zeitliche Dimension, z. B. die Aufeinanderfolge von Informationsweitergabe;
5. konzeptionelle Dimension, z. B. Differenzen in Leitbildern und Traditionen.

Darüber hinaus kann eine Vernetzung immer auf unterschiedlichen Ebenen reflektiert werden. Auf einer Makroebene geht es um die trägerübergreifende Kooperation der Leistungen und Vernetzung von Akteuren. Die Mesoebene betrifft die einzelnen Unter-

nehmen und deren Umfeld. Schließlich kann auf der Mikroebene die Vernetzung im konkreten Einzelfall betrachtet werden.

### **6.3.3.1 Initiative und Erbringung von Leistungen, der o. g. Akteure zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben**

#### **Betriebsärzte**

Häufig werden Betriebsärzten auf Grund ungünstiger Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, vor allem in Klein- und Mittelbetrieben, eingeschränkte Möglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsversorgung zugeschrieben: Betriebsärzte *„bekommen über die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter nicht viel mit, sie stellen ein kleines Rad in dem Ganzen dar“*.

Von Seiten der Arbeitnehmervertretung wird sogar vermerkt, dass Betriebsärzte zu *„wenig offen für Anliegen der Mitarbeiter und Arbeitgeber sind und die betrieblichen Strukturen zu ungenügend kennen, um sich mit Arbeitnehmern im Betrieb auszutauschen“* (vgl. auch Schmitthenner, 2000, S. 16). Betriebsärzte, so auch Marstedt et al. (1993, S. 145f) *„können, wenn sie „ihre“ Betriebe kaum kennen oder sich auf reine Untersuchungstätigkeiten beschränken, weder die im ASiG formulierten Aufgaben ausreichend wahrnehmen noch eine relevante Anlaufstelle für Gesundheitsprobleme im Betrieb darstellen.“*

Weiterhin werden als Hauptakteure der betrieblichen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, die über den klassischen gesetzlich geregelten Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgehen, v. a. die GKVn wahrgenommen (Lehnhardt, 1999). Diese sind mit Programmen zur Bewegung und Entspannung sowie zur Suchtvorsorge im Rahmen von Verhaltensprävention tätig (Eberle, 2002). Die Angebote der GKVn werden, auch nach ihrer eigenen Wahrnehmung, bei den Betrieben und den Arbeitnehmern besser angenommen werden als Angebote der Betriebsärzte hierzu.<sup>50</sup>

Allerdings besitzen Betriebsärzte letztlich eine bessere Kenntnis der gesundheitlichen Rahmenbedingungen vor Ort. Dies ist gerade in Klein- und Mittelbetrieben wichtig, die sehr spezifische Versorgungsstrukturen aufweisen und Angebote wünschen. Die so von den Betriebsärzten stark ortsgebundene Arbeit erfordert erhebliche Ressourcen, Zeit und Energie und erlaubt oftmals nur ein Reagieren auf Vorgaben im § 3 ASiG, in den

---

<sup>50</sup> Allerdings muss man hier die fehlende Breitenwirkung solcher Angebote anmerken, da lediglich ca. 10% der Betriebe mit bis zu 200 Mitarbeitern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von den GKVn initiiert und betreut werden, durchführen (Lehnhardt, 1999).

UVV (VBG 123) und den Gefährdungsbeurteilungen (§ 13 Abs. 2 ArbSchG). Dieses Reagieren entspricht weitgehend dem Verständnis medizinischen Handelns. Eine proaktive Sensibilisierung von Arbeitgebern und Personalverantwortlichen für Anliegen zum Gesundheitsschutz (Barth, Glomm & Wienold, 2000, S. 156ff; Kliemt & Voullaire, 2003) und für Aktivitäten der Vernetzung im Sinne des Erhalts der Teilhabe am Arbeitsleben finden wenig statt.

So werden zum Einen potenzielle Leistungen von Betriebsärzten, wie gutachterliche, beratende und eventuell moderierende Tätigkeiten zu Fragen des Arbeitsplatzwechsels, der Arbeitsplatzgestaltung und der Arbeitsorganisation (Glomm, 2000, S. 87; Mall, 1996), an die anknüpfend eine Vernetzung erfolgen kann, wegen der oftmals traditionellen arbeitsmedizinischen Vorgehensweise nur ungenügend genutzt (Michaelis, Siegel & Hofmann, 2001, S. 22). Dies behindert auch Bestrebungen, ein für eine Vernetzung notwendiges salutogenes und solidarisches Betriebsklima anzuregen. Offensichtlich stehen hier „neue Anforderungen an die Betriebsärzte und traditionelle arbeitsmedizinische Vorgehensweisen (Schmitthenner, 2000, S. 16) im Gegensatz zueinander.

### **Arbeitgeber und Personalverantwortliche**

Arbeitgeber und Personalverantwortliche erwarten - trotz einer tendenziell geringen Bereitschaft, in gesundheitliche Belange der Belegschaft zu investieren - hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung der Belegschaft „zeitnahe und gute Lösungen“, wobei hier als primäre Ansprechpartner die Betriebsärzte genannt wurden (vgl. auch Hien & Schulz, 1998, S. 123). In Ausnahmefällen werden von Arbeitgebern Kontakte zu überbetrieblichen – etwa psychosozialen - Versorgungseinrichtungen gesucht (Barth, Hamacher & Stoll, 2001).

Vor allem in Zeiten eines zunehmenden Konkurrenz- und Kostendrucks erscheint vielen Arbeitgebern eine betriebärztliche Versorgung als ein unnötiges und Kosten verursachendes Geschehen. Dies wird insbesondere bei Unternehmen mit einer jungen und gesunden Belegschaft deutlich, wo eine konventionelle (reaktive) betriebs- und werksärztliche Versorgung auf Grund der fehlenden Anlassfälle als wenig ertragreich wahrgenommen wird und man sich ggf. von Gesundheitsförderungsprogramme einen höheren Nutzen erhofft. Jedenfalls gelingt es vielen Betriebsärzten nicht ausreichend, frühzeitige Prävention oder Anliegen der Vernetzung zu thematisieren.

Initiativ werden die Betriebe in Richtung Betriebsärzte oft erst, wenn das Betriebsgeschehen durch konkrete arbeitsmedizinische Problemstellungen „gestört“ ist (Hien & Schulz, 1998, S. 107). Die vernetzungsrelevante betriebsärztliche Versorgung findet also eher für „Problemfälle“ statt, abseits (noch) symptomloser Zielgruppen. Und bei

den „Problemfällen“ gilt es für die Betriebsärzte eine implizite Kontroll- bzw. Steuerungsfunktion zu übernehmen. Hier wird die Ambivalenz der beruflichen Situation der Betriebsärzte deutlich (vgl. Wunderlich, 1995). *„Man sitzt zwischen zwei Stühlen, soll sich um Mitarbeiter kümmern – muss aber auch Arbeitgeberinteressen vertreten und einen Mittelweg finden, das ist nicht immer einfach.“*

Allerdings werden – explizit nachgefragt - von den Arbeitgebern *„gepflegte informelle und vor allem zurückhaltende - das betriebliche Geschehen nicht beeinflussende oder störende - Kontakte von niedergelassenen Ärzten zu Betriebsärzten geschätzt“*, da hier eine Gesamtversorgung erwartet wird, die sowohl den betrieblichen als auch den gesundheitlichen Bedürfnissen der Arbeitnehmer gerecht wird. *„Dies ist allerdings nur in Großbetrieben arrangierbar, kleine Betriebe sind sehr viel aufwendiger zu betreuen als ein großer Betrieb, vor allem in der Zusammenarbeit nach innen und nach außen.“*

### **Niedergelassene Ärzte**

Gesundheit der Arbeitnehmer ist, so in den Interviews *„eher die Sache der Arbeitnehmer und die der niedergelassenen Ärzte“*.

Dieser Zusammenhang wird insbesondere für unspezifischen Krankheiten, wo die niedergelassenen Ärzte die zentralen und ersten Ansprechpartner seien (Kliemt et al., 2003, S. 595) hergestellt. Niedergelassenen Ärzten werden *„die für die Vernetzung zur frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben notwendigen medizinischen Kenntnisse“* zugesprochen, *„die sie befähigen, präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen zu planen und zu koordinieren“*. Damit sei es Ihnen auch möglich, oft zusammen mit dem sozialen und familiären Umfeld der Patienten, eine Steuerungs- und langfristige Unterstützungsfunktion für die Patienten wahrzunehmen (Doering, Vahlbruch, Steuernagel & Fischer, 2002).

Allerdings müssen die Kapazitäten der niedergelassenen Ärzte für eine Vernetzung, auch vor dem Hintergrund teilweise vorhandener Versorgungsdefizite v. a. im Bereich der Versorgung hoch prävalenter chronischer Erkrankungen sowie im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung (Fischer, Beyer, Gerlach & Ralf Rohde-Kampmann, 2002; SVR, 2000/01, Bd. III, S. 86ff), als relativ eingeschränkt eingeschätzt werden. Das dem gegenüber stehende Bekenntnis der niedergelassenen Ärzte, *„Prävention als ihr Thema zu entdecken, sonst ist da nicht viel“* erscheint hier fragwürdig (vgl. dazu Tempel, 1994).

Insofern stellt sich hier die Frage, wie die niedergelassenen Ärzte der Beratungspflicht nach §§ 60, 61 SGB IX, die sie dazu anhält, in Fällen einer sich ankündigenden Behinderung beratend tätig zu werden, nachkommen können. In diesem Zusammenhang

müssen auch die eher geringe Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte im rehabilitativen Bereich, ihre geringe Kenntnis des beruflichen Umfeld ihrer Patienten und ihre teilweise auch nicht ausreichenden Kenntnisse des Gesundheitssystems mit all seinen Organisations- und Finanzierungsstrukturen berücksichtigt werden. Implizit hat dies zur Folge, dass niedergelassene Ärzte *„nur bis zur Praxistüre reagieren und für die arbeitsplatzrelevante gesundheitliche Versorgung bzw. Vernetzung außen vor bleiben.“* Einzig in Fällen von deutlich normabweichenden medizinischen Befunden, bei denen sich ein Entstehungszusammenhang in Verbindung mit dem Arbeitsplatz aufdrängt, nehmen niedergelassene Ärzte Kontakt zu arbeitsmedizinischen Versorgungsstrukturen auf und *„nuckeln so vor sich hin und kommen nicht aus ihrer Türe raus.“*

Den fehlenden Kenntnissen in arbeitsmedizinischen Belangen wird von Seiten der niedergelassenen Ärzte entgegengehalten, dass sie *„mit sehr vielen Fragestellungen in ihrer täglichen Arbeit befasst sind und im Rahmen ihrer Möglichkeiten in ihrer Befunderstellung arbeitsmedizinische Fragestellungen berücksichtigen“*. Dies sei *„allerdings nur eingeschränkt möglich“*, da sie *„die Arbeitssituation nur durch die einseitige Darstellung von Patienten kennen“* und ihre *„zeitlichen und strukturellen Ressourcen bei der Kontaktaufnahme zu Betriebsärzten nicht ausreichen.“* Weitere Zitate dazu: *„Viele Betriebe – viele Ansprechpartner von Betriebsärzten.“* *„Niedergelassene Ärzte haben viele Verpflichtungen, Krankheiten nachzugehen. Ob da immer ein Bezug zur Arbeit besteht, ist schwierig zu sagen.“* *„Niedergelassene Ärzte haben ein sehr heterogenes Publikum und können sich dadurch nicht so sehr auf eine bestimmte Person konzentrieren.“*

Allerdings scheinen niedergelassene Ärzte auch ein eher geringes Interesse für das betriebliche Geschehen ihrer Patienten zu haben (Tempel, 1994). In einigen Interviews ist angeklungen, dass sie Einladungen zu Betriebsbesichtigungen kaum in Anspruch nehmen, auch wenn solche Besichtigungen einen rein informativen Charakter über innerbetriebliche Entwicklungen, etwa bzgl. eines Personalabbaus der Unternehmen, haben.

### **6.3.3.2 Vernetzungsrelevante Aktivitäten der genannten Akteure**

Hinsichtlich der Vernetzung stellt sich nunmehr die Frage, wie und auf welchem Wege die einzelnen Akteure in ein Gesamtgefüge zur Vernetzung eingebunden werden können, etwa in Form eines runden Tisches oder themenbezogener Arbeitsgruppen (Zamora et al., 2000, S. 20f).

Dabei ist die Bereitschaft bei den einzelnen Akteuren unterschiedlich, so wie auch die jeweiligen strukturellen Voraussetzungen. Für die Betriebsärzte etwa muss hier festgehalten werden, dass *„diese in Deutschland eine Insel sind, und die zu integrieren in die*



*ganze medizinische Versorgung ist schwierig*“ (vgl. auch Karbe-Hamacher, 2000, S. 51). Dies ließe sich durch verschiedene Versorgungsmodelle, etwa in Form von Gesundheitszentren, beheben (Beyer, o. J.; Beyer, 2004). Die Betriebsärzte können für den Bereich der Prävention und auch für den Bereich der Rehabilitation eine zentrale „Schaltstelle“ sein und als Ansprechpartner für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit fungieren.

Allerdings muss für die weitere Darstellung an bestehende Strukturen der medizinischen Versorgung angeknüpft werden, wo Betriebsärzte in der Lücke zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Arbeitsplätzen im arbeitsmedizinischen Versorgungssystem fungieren (Konietzko & Dupuis, o. J., zit. n. Kliemt et al., 2003, S. 595). Hier liegen die Kernkompetenzen der Betriebsärzte, wenn sie von den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen auch oftmals nicht in dieser funktionalen Breite wahrgenommen werden bzw. für diese nicht greifbar sind. Kurz: Betriebsärzte werden kaum in Bemühungen zur Vernetzung eingebunden oder über diesbezügliche Aktionen, wenn überhaupt, oft erst zu spät informiert.

Als einen Schritt zu einer Lösung bedürfte es in der Einbindung der Betriebsärzte in das medizinische Versorgungssystem auf einer operativen Ebene verschiedener Leistungsmodule, über die sie wahrnehmbarer werden und auch vernetzungsrelevant agieren können.<sup>51</sup> Ziel wäre es, mit Blick auf arbeitsrelevante medizinische Versorgungszusammenhänge, die Betriebsärzte in eine in sich geschlossene Informations- und Versorgungskette aufzunehmen, wo sie als erste Ansprechpartner in Hinblick auf arbeitsrelevante Einflüsse der Krankheitsentstehung, -bearbeitung und -vermeidung kontaktiert werden können bzw. auch agieren können (vgl. Etzler, o. J.). Dabei muss auch die Problematik der (möglichst einfachen) Kontaktaufnahme gelöst werden. Fallweise wird von Seiten der Betriebsärzte erklärt, dass sie diese Schnittstelle gestalten, indem sie *„den ganzen Tag zu den niedergelassenen Ärzten fließenden Kontakt halten und mit denen in Verbindung treten, damit eine gleiche Ebene der Kommunikation aufgebaut wird und bestehen bleibt“*.

### **Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Arbeitgebern**

In den Interviews gab es fallweise Hinweise auf eher institutionalisierte Verfahren in der Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und den übrigen Netzwerkakteuren, beispielsweise im Rahmen von Betriebsvereinbarungen. So werden in einem größeren

---

<sup>51</sup> vgl. dazu eine 1999 von der Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz in der Ärztekammer Berlin und auf dem Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin moderierte Veranstaltung zu Blockaden der Wahrnehmung von Betriebsärzten.

Verkehrsunternehmen im Ruhrgebiet Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen, die länger als zwei Wochen krank waren und wo die der Erkrankung zugrunde liegende Ursache für den Betriebsarzt nicht eindeutig ersichtlich ist, von der Personalabteilung zu einem Vier-Augengespräch mit dem Betriebsarzt eingeladen. In diesem Gespräch geht es um die Abklärung der Probleme, die der Krankheit zugrunde liegen und um die Frage, ob es seitens des Unternehmens oder des Betriebsarztes Unterstützungsmöglichkeiten für einen günstigen Genesungsverlauf des Arbeitnehmers gibt. Wird seitens des Betriebsarztes ein Unterstützungsbedarf erkannt, stellt dieser (ggf. unter Beteiligung der Mitarbeiter) die Problematik einer Gesprächsrunde (Betriebsrat, Schwerbehindertenvertrauensperson, Vorgesetzten, Personalabteilung) vor und bespricht mit den an dem Problemsystem beteiligten Akteuren, welche innerbetrieblichen Ressourcen des Betriebes aktiviert werden können und ob Kontakte zu externen Akteuren, z. B. niedergelassenen Ärzten, hergestellt werden sollen. Im Anschluss an einen vom Betriebsarzt erstellten Unterstützungsplan erfolgt in diesem Team die Verteilung der Aufgaben, „*wer macht was, Kontakte zu einzelnen Institutionen, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Berufgenossenschaft, Integrationsamt*“ (vgl. dazu auch Marschall, 1999, S. 22).

Solche Konzepte ermöglichen unter der Egide des Betriebsarztes eine Vernetzung, in die je nach Bedarf die hausärztliche Versorgung aber auch andere flankierende Strukturen eingebunden werden können. Wichtig ist hier die informative Abstimmung mit allen am Problem (vgl. Ludwig, 1992) Beteiligten.

Eine in Ansätzen ähnliche Strategie könnte für den Bereich der psychosozialen Störungen und den Suchtbereich verfolgt werden. Bei dem dort „*als sehr unübersichtlich wahrgenommenen System an Einrichtungen und Diensten*“ ist eine trägerübergreifende Leistungserbringung für die zielgerichtete Rehabilitation psychisch kranker Menschen besonders bedeutsam und kann durch die Kultivierung eines sozialen Unterstützungssystems, dass zur Kontinuität der therapeutischen Beziehungen beiträgt, gestärkt werden. Hier stehen die betriebsärztlichen Versorgungsstrukturen teilweise in direkter Konkurrenz zu außer- bzw. anderen innerbetrieblichen Betreuungsstrukturen (z. B. Suchtbeauftragten), die vor Ort und teilweise auch aus einer Betroffenheit heraus relativ schnell und ggf. informell (re)agieren können und damit den Betriebsärzten auf Grund deren Diskontinuität in der Betreuung um wichtige informelle Kenntnisse voraus sind. Wenn dies auch selten geschieht, so können sie doch auf Grund der räumlichen und auch persönlichen Nähe zu den Betroffenen als Organisator (und damit implizit auch als kontrollierende Instanz) mit den Betroffenen gemeinsam den Weg durch eine Rehabilitationsmaßnahme antreten.

In der Gegenüberstellung zu diesen informellen Möglichkeiten drängt sich auch für die Betriebsärzte eine informell gehaltene Zusammenarbeit – „der kleine Dienstweg“ - auf. *„Es ist vor allem der persönliche Kontakt zu den Kollegen und auch zu Mitarbeitern, der wichtig ist - es geht um Kommunikatives.“* Vor allem bei psychosozialen oder komplexen Problemstellungen, *„wie Mobbing, muss der Betriebsarzt bald genug auf Entwicklungen aufmerksam gemacht werden“*, wobei sich hier eine sozialpädagogische Orientierung im beruflichen Handeln der Betriebsärzte, die Anknüpfungspunkte für eine Vernetzung schaffen kann, als günstig erweist. Gerade in Sozialeinrichtungen, in denen diese Problematiken gehäuft auftreten, die allerdings meist auch nur geringe betriebsärztliche Betreuungszeiten haben, bedürfte es einer frühzeitigen Unterstützung durch den Betriebsarzt.

Die Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Betriebsärzten ist, wie oben erwähnt, nach wie vor von gegensätzlichen Interessen und einem oft *„unkoordinierten Nebeneinanderheragieren“* getragen. Diese Zusammenarbeit wäre aber v. a. in kleinen Betrieben wichtig, *„da geht viel über den Kontakt zu den Arbeitgebern und vor allem über die Arbeitgeber.“* Vor allem in den Kleinstbetrieben müssten die Arbeitgeber in Bemühungen zur Vernetzung eingebunden werden, da sie - in personalisierter Form - die Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung darstellen (vgl. Barth, Glomm & Wienold, 2000). Aktivitäten zur Vernetzung sind insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben nur möglich, wenn Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und v. a. Arbeitgeber eng als Team zusammenarbeiten und geeignete Kommunikations- und Organisationsstrukturen entwickeln (Heeg et al., 2002). Auch die Betriebsräte als oftmals direkte Ansprechpartner für Arbeitnehmer müssten in diese Anliegen einbezogen werden (Rosenbrock & Lehnhardt, 1999; Marstedt et al. 1993).

Die Zusammenarbeit der Arbeitgeber mit den Betriebsärzten ist oft von einseitigen Erwartungshaltungen der Arbeitgeber geprägt, die, wenn überhaupt, *„nur sehr allgemeine Vorstellungen in Richtung arbeitsmedizinische Versorgung formulieren und dem Betriebsarzt kaum Freiraum lassen für die konzeptionelle Gestaltung seiner Ideen zur betriebsärztlichen Versorgung und Vernetzung.“* Dies betrifft unter anderem die oftmals von den Arbeitgebern gewünschte Evaluierungsfunktion der Betriebsärzte bezüglich der Atteste niedergelassener Ärzte, die, auch wenn dem von betriebsärztlicher Seite entgegengehalten wird, dass es in *„ihrer Tätigkeit nicht um die von den Arbeitgebern geforderte Überprüfung der Arbeitsunfähigkeitszeiten geht“* so doch als zumindest impliziter Kontrollauftrag im Raum steht und damit eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Arbeitnehmern erschwert.

## Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten

Die Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit niedergelassenen Ärzten wird durchweg als sehr defizitär beschrieben (Karbe-Hamacher, 2000). *„Es sollte ein Hand in Hand arbeiten sein; niedergelassene Ärzte können Laborwerte von Betriebsärzten nehmen, dann erfolgt die Behandlung durch niedergelassene Ärzte.“*

Vordergründig ist der Kommunikationsfluss zwischen Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten v. a. wegen Verfahrens- und Datenschutzunklarheiten (vgl. auch Sladeczek, 2001, S. 356) gering ausgeprägt. Auf den zweiten Blick treten hierzu weitere Gründe ins Blickfeld, wie die oben genannte unzureichende arbeitsmedizinische Qualifikation der niedergelassenen Ärzte, deren Ursache vermutlich in den völlig unterschiedlichen Versorgungskulturen liegen. Teilweise verbinden niedergelassene Ärzte, was vor allem von Betriebsärzten, die Arztpraxen betreuen, immer wieder berichtet wird, mit ihrer Tätigkeit aber auch den Anspruch, selbst betriebsärztliche Leistungen erbringen zu können.

Oftmals hat es aus Sicht der Betriebsärzte auch den Anschein, dass sie in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten *„auf die Funktion der Handlangers reduziert werden, da therapeutische Angelegenheiten ausschließlich den niedergelassenen Ärzten vorbehalten sind.“* Es wäre jedoch, so die Betriebsärzte, in dieser konkreten Zusammenarbeit sinnvoll, *„dass bei Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, hinsichtlich der Reintegration oder frühzeitigen Teilhabe am Arbeitsleben, die Betriebsärzte für die Therapie beratend beigezogen werden würden.“* Aber auch wenn sich Betriebsärzte der Therapie völlig enthalten, stimmt der niedergelassene Arzt sein – auch arbeitsplatzrelevantes - therapeutisches Vorgehen kaum mit Betriebsärzten ab. *„Wichtig ist es, mit niedergelassenen Ärzten zusammen zu arbeiten, man darf sich nicht ins Gehege kommen, das gibt böses Blut, wenn die glauben, dass man denen die Patienten nimmt oder dass jemand in deren Therapie reinfuscht“* (vgl. auch Kamps, 2001).

Dort wo Zusammenarbeit stattfindet, ist oft der o. e. „kleine Dienstweg“ die Methode der Wahl. Informell und vor dem Hintergrund einer möglichen Bekanntschaft zwischen Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten kann relativ schnell abgeklärt werden, welche Daten von niedergelassenen Ärzten in die Vernetzung eingebracht werden können. *„Ein informeller Anruf bei Abklärung der Therapie: Kann man es im Betrieb so organisieren, dass die Frau Meyer das und das machen kann beziehungsweise nicht machen kann?“* *„Vieles geht über den Einzelfallbezug, indem ich für den Einzelfall eine Erklärung abgebe.“* Oft hinkt der auch auf den Einzelfall bezogene Datenaustausch *„den realen Verhältnissen hinterher, da Betriebsärzte oft erst dann Informationen erhalten, wenn Leute wieder in der Arbeit sind“*.

Eine konzeptionell geplante und sinnvoll angelegte Zusammenarbeit besteht bislang noch nicht. *„Viele Arbeitnehmer werden mit Empfehlungen an niedergelassene Ärzte geschickt und daraus kommt ein kleiner Prozentsatz an die Betriebsärzte als versorgungsbedürftig zurück. Vieles wird nicht umgesetzt.“* Meist gibt es in Fortführung dieser „Zusammenarbeit“ auch kaum Rückmeldungen über den weiteren Therapieverlauf seitens der niedergelassenen Ärzte an die Betriebsärzte (Karbe-Hamacher, 2000, S. 50<sup>52</sup>). *„Betriebsärzte wissen oft nicht, was raus kommt.“*

### **Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Berufgenossenschaften, GKVen, Rehabilitationseinrichtungen und Integrationsfachdiensten**

Die Vernetzung bzw. der Informationsaustausch zwischen den Betriebsärzten und anderen Akteuren eines potenziellen Netzwerkes wird nicht nur im Hinblick auf die niedergelassenen Ärzte als defizitär betrachtet. So wird immer wieder erwähnt, dass vorhandene Daten aus der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und der GKVen, z. B. Arbeitsunfähigkeitsdaten, den Betriebsärzten zur Verfügung gestellt werden könnten, aber *„von der Krankenkasse und den Rentenversicherungsträgern kaum etwas an die Betriebsärzte gelangt.“*

Auch von den Berufgenossenschaften *„kommt nichts, die melden sich nie, bei Verdacht auf Berufskrankheit kommt es zur Meldung an die Berufsgenossenschaft. Nach der Meldung hört man nichts mehr davon. Wenn man an Befunde von den Berufsgenossenschaften kommen will, muss man sich mit den Betroffenen in Verbindung setzen.“* Obwohl es zwischen dem Spitzenverband der Unfallversicherungsträger, dem VDBW und der DGAUM eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit in Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit einschließlich von Maßnahmen nach § 3 BKV gibt<sup>53</sup> (vgl. dazu Kaiser, 2003, S. 150f) *„melden sich die Berufsgenossenschaften nie“*.

Die Berufgenossenschaften agieren demnach als schnittstellenarmes Versorgungssystem (Bischoff, 2003), nicht im Sinne einer „Managed Care“ (Wiechmann, 2003) sondern gleichsam an den o. g. Akteuren vorbei. Der Informationsfluss von den Berufsgenossenschaften an die Betriebs- und auch Hausärzte erfolgt - wenn überhaupt - sehr spät, so *„kann es hier sein, dass der Arbeitnehmer schon lange wieder im Betrieb tätig ist“*, bevor der Betriebsarzt überhaupt von der Problemlage Kenntnis erhalten hat.

---

<sup>52</sup> vgl. auch etliche Wortmeldungen im Plenum auf der VDBW-Herbsttagung 2003.

<sup>53</sup> Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des VDBW und der DGAUM. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 37, 8, 2002, S. 400f.

Als Grund für die mangelnde Kommunikation zwischen Durchgangsarzten und Betriebsärzten wurde angeführt, dass *„diese in der unfallchirurgischen Praxis kaum möglich ist und oft auch eine Zurückhaltung geboten ist, da man nicht weiß, welche Auswirkungen der Kontakt zu Betriebsärzten auf den Arbeitsplatz und Arbeitgeber hat.“* (vgl. auch Zschesche, 2000).

Die GKVen reagieren in der Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten ebenso zurückhaltend. *„Man müsste viel früher die Betriebsärzte einschalten, etwa bei langen Krankenständen. Nach sechs Wochen fällt der Mitarbeiter aus der Lohnfortzahlung raus, für Arbeitgeber ist das egal, aber die Krankenversicherung könnte mehr machen.“* Gerade für *„schwierige Fälle wäre es wichtig, dass Betriebsärzte früher in ein Rehabilitationsverfahren einbezogen werden würden.“*

Auch in Entlassungsberichte von Rehabilitationseinrichtungen haben Betriebsärzte selten Einblick, obwohl gerade diese Berichte von den Betriebsärzten überwiegend als hilfreich hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Arbeitnehmer angesehen werden und auch für die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz wesentliche Informationen enthalten (vgl. Seidel, Neuner & Schochat, 2003). Eine sinnvolle Kooperation könnte an dieser Schnittstelle beispielsweise darin bestehen, dass die Rehabilitationseinrichtungen von den Betriebsärzten Arbeitsplatzbeschreibungen anfordern und auch deren Vorschläge erfragen, welche Veränderungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden könnten (Jörgens, 1999, S. 39). Aber ein *„rudimentär entwickelter Informationsfluss, getragen von langen Rücklaufwegen der Entlassungsberichte von den Rehabilitationskliniken an die Betriebsärzte“* (Glomm, 1999, S. 46) und teilweise *„über das Ziel hinausgeschossene Gutachten, die das Rehabilitationsgeschehen aus der beruflichen Realität herauslösen“* erschweren hier die Zusammenarbeit (vgl. dazu auch Haase, Riedl, Birkholz, Schäfer & Zellner, 2002, S. 334).

Die Zusammenarbeit der Betriebsärzte mit den Integrationsfachdiensten gestaltet sich teilweise sehr schwierig – *„die verstehen sich in der Regel nicht gut, Spannungsfelder sind nicht gelöst, da gibt es keine strukturelle Zusammenarbeitssysteme.“* Es bestehe, so die Integrationsfachdienste, seitens der Betriebsärzte *„ein grundsätzliches Akzeptanzproblem gegenüber den Leistungsangeboten der Integrationsfachdienste, die ihr Aufgabenfeld in der psychosozialen Betreuung sehen.“*

In der Zusammenarbeit wird vor allem auf Reibungspunkte in der Abstimmung kurativer und soziotherapeutischer Aktivitäten hingewiesen. Die meisten Betriebsärzte, so Untersuchungen, schätzen sich im Umgang mit psychosozialen Fragestellungen als außerordentlich kompetent ein (Michaelis et al., 2001). Diese Selbsteinschätzung muss aber möglicherweise relativiert werden, u. a. auch hinsichtlich der hohen Nennungen bei

fachlich-orientierten Fortbildungsangeboten im Themenbereich psychomentele Belastungen) und zur Förderung sozialer Kompetenzen (vgl. Kliemt & Voullaire, 2003, S. 107ff, S. 199f; Rüdiger, 2000, S. 170). *„Bei Ärzten fehlt dies (die psychosoziale Kompetenz, Anm. d. Verf.), vor allem auch in der Ausbildung. Ärzte haben kein Schema der sozialpädagogischen Betreuung.“*<sup>54</sup> Die Mediziner Ausbildung und die arbeitsmedizinische Weiter- und Fortbildung, so Kellermann (2000) hat es bis heute nicht hinreichend vermocht, den (zukünftigen) Betriebsärzten ein fest umrissenes Berufsbild und Rollenverständnis als auch sozialpädagogisch kompetenter Präventivmediziner zu vermitteln.

Die Anliegen der Vernetzung, zu denen es zwar einen gemeinsamen Konsens gibt, werden hier offensichtlich durch unterschiedliche berufliche Handlungsmuster v. a. bei überlappenden Problemfeldern und durch ein Konkurrenzdenken für das sich neu eröffnende sozialpädagogische Tätigkeitsgebiet gestört.

### **6.3.3.3 Institutionalisierung des regelmäßigen Informationsaustausches zu vernetzungsrelevanten Aktivitäten**

Eine Institutionalisierung des regelmäßigen Informationsaustausches wurde in den Interviews durchweg als Grobrahmen für Anliegen einer Vernetzung vorgeschlagen und sollte v. a. dazu dienen, Parallelstrukturen zu koordinieren und Überschneidungsprobleme zu reduzieren. Dies könnte auch in Form von Leitlinien erfolgen, die für diesen Bereich jedoch eine berufsgruppenübergreifende Entwicklung beinhalten müssten. Darin sollte es nicht nur um den Datenaustausch, sondern auch um die Aufbereitung der Daten in relevante Verwertungszusammenhänge gehen, die abgestimmt werden müssen.

Dies widerspricht allerdings in weiten Bereichen den Bestrebungen einer informellen Vernetzung, dem kleinen Dienstweg, wie er als die Methode der Wahl in der Vernetzung Erwähnung fand.

Dennoch wurde v. a. von professioneller Seite die Ansicht vertreten, dass *„die Zusammenarbeit einfacher wäre, wenn man sie formalisiert, weil Routinen ablaufen und nicht immer was Besonderes. Es erfordert jedes Mal viel Engagement, dass was passiert und das verpufft mit der Zeit.“*

Mit der Institutionalisierung kann man Möglichkeiten einer Teamarbeit schaffen. *„Jeder macht seinen Einzelkram und alle sind Einzelleistungserbringer. Mit der Institutionali-*

---

<sup>54</sup> vgl. dazu Aktivitäten der Universität Wuppertal, FB 14 – FG Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz: Projekt Ariadne und die Toolbox an der BAuA: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.

*sierung sollte ein Prozess in Gang gebracht werden, der kontinuierlich am Problem bleibt, das kriegt man nicht hin mit Einzelleistungserbringern.“*

*„Strukturell muss man Netzwerke bilden – es wäre besser, wenn es eine Institutionalisierung zuerst gäbe und daraus ergibt sich eine Informationsstruktur für ein Feld, in dem Arbeitnehmer und Rehabilitanden als gemeinsame Zielgröße erkannt werden. Da muss man Betriebsärzte als Partner erkennen können, die zu definierten Konditionen tätig werden.“* Eine Institutionalisierung dient damit auch der Formalisierung der Leistungserbringung und *„ermöglicht es, Abrechnungsschienen zu schaffen, weil ein wesentlicher Motor für die Vernetzung Geld verdienen ist.“*

Wichtig wäre es auch, eine *„Institutionalisierung der Vernetzung auf eine integrierte Versorgungseinheit aufzubauen, in der niedrigschwellige Angebote und enge Kontakte zwischen den beteiligten Akteuren und Professionen möglich werden“* (vgl. dazu Beyer, 2004).

Neben einer zu sehr an Formalismen ansetzenden Institutionalisierung müsste mit Blick auf die Bedeutung von informellen Absprachen eine „Quasi-Institutionalisierung“ kultiviert werden, die Raum für einen Informationsaustausch bietet für das, *„was man nicht verschriftlichen würde“*. In diesem Sinne wäre eine zu sehr an Formalismen ansetzenden Institutionalisierung kontraproduktiv, da durch die Formalisierung auch *„viele wichtige Sachen verloren gehen würden.“* *„Berichte ergeben oft nur Sinn, wenn man sich dazu informell unterhalten kann.“*

#### **6.3.3.4 Fragen zur Vergütung vernetzungsrelevanter Leistungen im Rahmen von Vernetzung**

Bei Fragen der Vergütung muss die Gefahr eines Preisdumping in der arbeitsmedizinischen Betreuung berücksichtigt werden und die daraus ggf. resultierenden wirtschaftlichen Probleme für die Betriebsärzte. Betriebsärzte fühlen sich im Rahmen ihrer auch durch nichtärztliche Berufsgruppen erbrachten Dienstleistungen und die damit spärlicher werdenden betriebsärztlichen Einsatzzeiten dazu angehalten, *„sich in ihren Tätigkeiten auf das medizinisch Notwendigste zu beschränken“*. Aufwendige Arrangements können viele Betriebsärzte im Rahmen ihrer meist im zeitlichen Umfang von Mindestbetreuungszeiten zu erbringenden Betreuung nicht initiieren.

Hinsichtlich der Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte, sich in das Anliegen einer Vernetzung einbinden zu lassen wird behauptet, dass diese *„nichts machen, wenn es nicht bezahlt wird“*. Tatsächlich erhalten niedergelassene Ärzte im gegenwärtigen System der Honorierung ihrer Leistungen keine finanziellen Anreize für eine entsprechende



Mehrarbeit und sind daher nicht selten bestrebt, vernetzungsrelevantes Agieren „*vor allem nach verrechnungstechnischen Gesichtspunkten*“ zu steuern.

Arbeitgeber, so eine zentrale Aussage in den Interviews, würden sich hüten, mehr zu zahlen – „*die bräuchten zumindest einen entsprechenden Anreiz beziehungsweise einen für sie erkennbaren Nutzen hinsichtlich der betriebsärztlichen Versorgung.*“ Zwar ist es v. a. bei Klein- und Mittelbetrieben üblich, dem Arbeitgeber Mehrkosten in Rechnung zu stellen, nur muss sich für eine Akzeptanz dieser Praxis auf lange Sicht auch für den Arbeitgeber ein erkennbarer betriebswirtschaftlicher Nutzen einstellen.

Vorgeschlagen wird, einen Leistungskatalog mit klaren Leistungsmodulen und einer klaren Preisbildung zu erstellen. Dies könnte auch als Grundlage für die von verschiedenen GKVn angebotene Bonusmodelle dienen, wo den Arbeitgebern gezielt Anreize auch für Aktivitäten der Vernetzung geboten werden könnten. Im weitesten Sinne wäre dies „*auch für die Ausgleichsabgabe denkbar, wenn ein Arbeitgeber Aktivitäten unternimmt, dass von Behinderung bedrohte Arbeitnehmer den Arbeitsplatz durch Vernetzungsbemühungen behalten können.*“

#### **6.3.3.5 Förderliche und eher behindernde Faktoren für vernetzungsrelevante Aktivitäten**

Vernetzung als Handlungsstrategie ist für den Gesundheitsbereich spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta (1986) in Deutschland programmatisch zu einem zentralen Handlungsparadigma in der Gesundheitsversorgung geworden, dem im weitesten Sinne auch der Gesetzgeber insbesondere mit dem SGB IX Rechnung getragen hat. Vernetzung versteht sich in diesem Zusammenhang als ein planmäßiges, zielbewusstes und strukturierendes Zusammenwirken (vgl. Heeg et al., 2002).

Als förderliche Faktoren für eine Vernetzung bedarf es in Anlehnung an Steger (2003) einer Zufriedenheit bei allen Beteiligten. Zudem müssten die erbrachten Leistungen kompatibel mit dem jeweiligen Berufsethos und den persönlichen Wertvorstellungen sein. Dies sind grundlegende Voraussetzungen für alle Vernetzungsanliegen, da jedwede Vernetzung in einem Spannungsverhältnis zwischen Kooperation und Konkurrenz, Vertrauen und Kontrolle, Autonomie und Abhängigkeit stattfindet. Damit wird auch Vertrauen zum zentralen Erfolgs- und Steuerungsfaktor (Karbe-Hamacher, 1994, S. 33; Kliemt & Voullaiere, 2003, S. 52).

Ein wesentliches Merkmal von Netzwerken ist in der Regel das Fehlen einer formalen Hierarchie. Diese Feststellung ist insofern wichtig, als es zwischen formal Gleichgestellten, die jedoch möglicherweise auf Grund unterschiedlicher Ressourcen mit unterschiedlichen Machtpotenzialen ausgestattet sind, zu aufwendigen Beziehungsgestal-

tungen und entsprechenden Aushandlungsprozessen kommen kann. Wichtig sind hier der Aufbau kommunikativer Kompetenzen, das Lernen, sich mit Kollegen auszutauschen, zu diskutieren, einander zuzuhören, sich gegenseitig ernst zu nehmen und auf Argumente auch dann einzugehen, wenn sie der eigenen Auffassung widersprechen und mit Widersprüchen und Spannungsfeldern umgehen können. Hier bedarf es bei allen Beteiligten einer vernetzungsrelevanten Grundhaltung und der Entwicklung einer „Netzwerkkompetenz“.

Wichtig ist auch, dass Vernetzung langfristig für alle Beteiligten zu einer win-win-Situation wird. Dazu bedarf es eines Know-how-Transfers, interdisziplinärer Zusammenarbeit, gegenseitiger Bereitstellung unterschiedlicher Ressourcen und Bündelung von Ressourcen und Vertrauen in die Reziprozität der Austauschbeziehungen.

Tabelle 52 zeigt zusammenfassend die sich aus den Interviews und der Literatur ergebenden hinderlichen<sup>55</sup> und förderlichen Faktoren für eine Vernetzung sowie einige aus der Kenntnis dieser Faktoren abgeleitete Erfordernisse.

**Tabelle 52: Hemmende und förderliche Faktoren einer Vernetzung sowie Erfordernisse zur Netzwerkbildung**

<b>hinderliche Faktoren</b>	<b>förderliche Faktoren</b>	<b>Erfordernisse</b>
einzelne rechtliche Rahmenbedingungen	gemeinsame Problemlösungsstrategien	gemeinsame Veranstaltungen
fehlende Anreizsysteme	eine gemeinsame Sprache	fachübergreifende Kongresse und Fortbildungen
ungeeignete IT-Infrastruktur	gemeinsam beschlossene Verfahren und Methoden	fallbezogene Diskussionen
Kommunikationsdefizite	gemeinsame Zielvorstellungen	problemorientierte Zusammenarbeit
Wissensdefizite und Informationsmängel	umfassende Informationen	gute Organisationsstruktur
Interessenskollisionen	gemeinsame Problemlösungsstrategien	soziale Kompetenz
unterschiedliche Problemwahrnehmung		klare Aufgabenteilung
Ressortegoismen und Kompetenzstreitigkeiten		klare Konzeptionen zur Beteiligung der Betroffenen
Ressourcenkonkurrenz		positive Einstellungen der Akteure
unterschiedliche professionelle Konzepte		Zielvereinbarungen, ggf. Verpflichtungserklärungen

<sup>55</sup> in Anlehnung an Fassmann (2003) und den VDBW (2001a)

Arbeitsüberlastung		Sozial- und Methodenkompetenz
Verfahrensunklarheit		Entwicklung gemeinsamer Regeln und Leitlinien
fehlende Initiative, Bequemlichkeit		Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards
Misstrauen und Vorurteile gegenüber Kollegen		
Ressourcenknappheit, Abrechnungsprobleme		
häufiger Personalwechsel		
fehlende Unterstützung durch übergeordnete Institutionen		
Konkurrenzempfinden der niedergelassenen Ärzte zu Betriebsärzten (Abwerben von Patienten)		
Abhängigkeiten		
permanente Aushandlungsprozesse		
Bedrohung der ärztlichen Therapiefreiheit		
Statusverluste		

### 6.3.3.6 Erfahrungen mit routinemäßigen Praktiken der Berufgenossenschaften und GKVen im Rahmen vernetzungsrelevanter Aktivitäten

Seit 1989 arbeiten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die GKVen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammen.<sup>56</sup> So erhalten die GKVen durch Arbeitsunfähigkeitsdaten frühzeitig Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Versicherten in Betrieben und Branchen und die Berufgenossenschaften können durch ihre Technischen Aufsichtsdienste Einfluss auf die Prävention in diesen Betrieben nehmen, damit erkannte arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vermieden werden können.<sup>57</sup>

Diese Zusammenarbeit erfolgt auf der Grundlage einer zwischen den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenversicherung abgeschlossenen Rahmenvereinbarung, die den Handlungsrahmen bei der Verhütung ar-

<sup>56</sup> mit dem Beschluss des Gesundheitsreformgesetzes auf der Grundlage von § 14 Abs. 2 SGB VII, bzw. § 20 SGB V

<sup>57</sup> vgl. dazu: Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – Bilanz und Perspektiven am 28. September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn.

beitsbedingter Gesundheitsgefahren beschreibt, und zwar auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene sowie durch die Spitzenverbände beider Sozialversicherungszweige.

Dabei kooperieren hier zwei sehr unterschiedliche soziale Sicherungssysteme, beide mit dem ausdrücklichen Ziel der Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Die Unfallversicherungsträger bewegen sich im Bereich des rechtlich regulierten, auf Gefahrenabwehr orientierten Arbeitsschutzes und übernehmen dabei die Aufgabe, „mit allen geeigneten Mitteln“ - auch solchen der Überwachung - für die betriebliche Erfüllung verpflichtender Schutzstandards zu sorgen. Die GKVen werden ausschließlich im Rahmen von freiwillig mit den Betrieben vereinbarten Projekten tätig, die stark auf die organisatorischen, führungs-, kommunikations- und partizipationsbezogenen Voraussetzungen von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb (sowohl unter Belastungs- als auch unter Ressourcenaspekten) zielen. Unfallversicherungsträger und GKVen stehen insofern für sehr verschiedenartige organisatorische und inhaltlich-konzeptionelle Zugänge zur Thematik Arbeit und Gesundheit (Lehnhardt, 2003, S. 6).

Trotzdem hat sich zwischen den Unfallversicherungsträgern und den GKVen in den letzten Jahren eine breiter und intensiver werdende Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren herausgebildet. Lehnhardt (2003) hat dieses sich aufeinander Zubewegen und die neuen Formen der Kooperation in der arbeitsweltbezogenen Prävention, die „Synergieeffekte“ und auch die strukturellen Hemmnisse und Grenzen problemorientierter institutionenübergreifender Kooperation ausführlich dargestellt.

Ein Effekt dieser Kooperation ist ein breites Spektrum von Problembezügen, Formen und Intensitäten der Zusammenarbeit. Sie reichen vom bloßen Informationsaustausch über die jeweils eigenen Aktivitäten und die mehr oder weniger regelmäßige Teilnahme von Aufsichtspersonen der Berufsgenossenschaften an Sitzungen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte über die Zurverfügungstellung von Arbeitsunfähigkeit-Daten durch die Kasse bis hin zu gemeinsamen betriebs- oder branchenbezogenen Praxisprojekten zur Identifizierung präventiven Handlungsbedarfs maßnahmenorientierter Betriebsberatung.

Exemplarisch hat Lehnhardt (2003, S. 49ff) zwei groß angelegte Kooperationsvorhaben, beschrieben, zum einen ein 1993-1996 vom BKK-Bundesverband zusammen mit der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft durchgeführtes Projekt („Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen“, siehe dazu Bellwinkel, Chruszcz & Schumann, 1998) und zum anderen ein 1994-1997 in Trägerschaft des BKK-Bundesverbandes und des HVBG durchgeführtes Projekt („Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG)“, siehe dazu BKK-Bundesverband & HVBG, 1999). Vor

allem letzteres wurde immer wieder als Beispiel für die erfolgreiche Kooperation zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften angeführt in Bezug auf die Entwicklung erweiterter und verfeinerter Analysemöglichkeiten sowie systematischer Methoden zur präventiven Arbeitsplatzgestaltung. Vor allem das KOPAG-Projekt habe, so Lehnhardt (2003), auf institutioneller Ebene zur Vertrauensbildung, Versachlichung und Förderung wechselseitiger Lernprozesse geführt. Zu dieser Einschätzung gelangen auf der Grundlage ausführlicher Interviews mit Projektbeteiligten auch Elkeles und Georg (2002, S. 132 ff.). Bis dato prominentester Ausdruck der Kooperation zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern ist das von den Spitzenverbänden der GKVn und Unfallversicherungen getragene und 1998-2002 durchgeführte „Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit (IPAG)“<sup>58</sup>. Hier wurde vor allem versucht, Möglichkeiten einer kassenartenübergreifenden Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie branchenbezogene Kooperationsstrukturen und Präventionsansätze speziell für kleine und mittelständische Betriebe modellhaft zu entwickeln und zu erproben (Lehnhardt, 2003, S. 50).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch durch die Zusammenführung der Ressourcen zweier so unterschiedliche Funktionssysteme wie den Unfallversicherungsträgern und GKVn eine zielgerichtete und ertragreiche Kooperation möglich ist. Durch die Zusammenarbeit wurde eine Möglichkeit des gegenseitigen Austausches neuer Ideen, des offenen Erfahrungsaustausches und der konstruktiven Gespräche geschaffen sowie die Organisation kurzer Wege, der Aufarbeitung von Daten und Datenauswertungen - v. a. für die branchenorientierte Ermittlung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Maßnahmen konnten damit praxisorientierter und auch zielgruppenspezifischer etabliert werden und Beratungsdienstleistungen effizienter durchgeführt werden.

Ein verbessertes Verständnis der Kooperationspartner für die unterschiedlichen Aufgaben und Handlungsansätze, eine Transparenz der Organisationsstrukturen sowie die Entwicklung langfristiger Strategien bedürfen der Förderung. Notwendig ist dabei auch eine Vereinheitlichung, Standardisierung und Steigerung der Routine bei der erweiterten Berichterstattung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Unfallversicherungen. Für die Umsetzung von Aktivitäten vor Ort im Betrieb bedarf es geeigneter Handlungsanleitungen/Hilfen, die praxis- und nachfrageorientiert zu entwickeln sind.

---

<sup>58</sup> <http://www.gesundheit-und-arbeit.de/gua/pages/projekte/ipag.htm>

### 6.3.4 Arbeitnehmerperspektive

#### 6.3.4.1 Einstellung der Arbeitnehmer zu vernetzungsrelevanten primärpräventiven Bemühungen

*„Man soll sich nichts wünschen, was eh´ nicht kommt.“*

Viele Arbeitnehmer erleben ihren beruflichen Alltag als teilweise erheblich belastend. Dabei werden nicht nur körperliche Einschränkungen sondern auch teilweise traumatisch erlebte Berufsbiographien angeführt.

Vor allem wurde auf den oftmals als gering erlebten Handlungsspielraum am Arbeitsplatz samt den dazu gehörenden Belastungen hingewiesen. Auch wurde durchweg angegeben, dass an den Arbeitsplätzen Gesundheitsbelange wenig oder kaum bei der Gestaltung der Arbeitsprozesse und Arbeitsplätze berücksichtigt wurden. Die von betrieblicher Seite eher gering ausgeprägte Gesundheitskultur und die niedrig ausgeprägte Problemvermeidung wurden v. a. für den Bereich der Kleinbetriebe erwähnt.

Der oftmals nur verhaltene Wunsch von Arbeitnehmern nach einem frühzeitigen Aufgreifen von Krankheiten kann vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass Arbeitnehmern der Zweck von Maßnahmen und Fragen zum weiteren Vorgehen unklar sind und diese mangelnde Transparenz zur Angst vor Nachteilen und sozialen Folgen durch Krankheit beiträgt.

Diese Ängste lassen sich anhand des GKV-Monitors 2003 (WidO-Newsletter<sup>59</sup>) auch in Daten ausdrücken. Die auf Seiten der Arbeitnehmer teilweise erhebliche Angst um den Arbeitsplatz führt dazu, dass man Krankmeldungen zurückhält, mit Nachteilen rechnet, wenn man sich häufig krank meldet und trotz Krankheitsgefühl zur Arbeit geht.

In den Interviews kam dies so zum Ausdruck: Man soll sich *„als Arbeitnehmer mit seiner Krankheit eher zurückhalten (...), sonst ist man raus.“* *„Mitarbeiter wurden meist schnell wieder gesund gemacht, aber es wird nicht auf Probleme geachtet“.*

Auf die Frage, ob den Befürchtungen nach einer krankheitsbedingten Kündigung seitens der Arbeitgeber irrationale Ängste zugrunde liegen würden, wurde von betriebsärztlicher Seite geantwortet: *„Ob irrational zeigt sich erst hinterher, diese Ängste sind*

---

<sup>59</sup> [www.wido.de](http://www.wido.de)

*teilweise oft nicht unbegründet. Arbeitnehmer wollen teilweise oft nicht auffällig werden, Krankheit ist negativ (...) und die haben dann Ärger usw.“*

Zum Anliegen der Vernetzung befragt wurde von Arbeitnehmern angegeben:

*„Gesundheit und Arbeit ist eine sensible Grenze. Gesundheit ist Sache des Einzelnen und da ist es schwierig, zu intervenieren.“*

*„Arbeitnehmer empfinden Krankheit oder Beschwerden oft als persönlichen Mangel und halten sich damit hinter dem Berg.“*

*„Mit Krankheit nicht hausieren gehen. Versuchen, es selbst auf die Reihe zu kriegen.“*

Zu Betriebsärzten gab es nach Auskunft der Arbeitnehmer (auch bei arbeitsbedingten Belastungen) infolge der Unkenntnisse der Angebote und Leistungen der Betriebsärzte keine oder kaum Kontakte, weder im Vorfeld einer Erkrankung noch bei der Krankheitsbearbeitung. V. a. wurde moniert, dass *„Betriebsärzte nicht von sich aus auf Arbeitnehmer zukommen, Arbeitnehmer würden das gerne in Anspruch nehmen.“* *„Betriebsärzte interessieren sich vor allem für banale Sachen – wenn es ans Eingemachte ging, dann war Schweigen im Walde.“*

Auch wurden an die Arbeitnehmer herangetragene Aufforderungen, die Sachlage durch einen Betriebsarzt begutachten zu lassen, als impliziter Auftrag des Arbeitgebers an den Betriebsarzt verstanden, Anträge oder ärztliche Atteste eines Arbeitnehmers auf deren Arbeitsplatzrelevanz hin zu überprüfen. Insofern sind die in Untersuchungen gemachten Erfahrungen nachvollziehbar, nach denen sich nur ein geringer Prozentsatz von Arbeitnehmern an Betriebsärzte wendet, sofern diese vorhanden sind. Der Großteil wendet sich insbesondere bei psychosozialen Problemstellungen an Betriebsräte oder direkte Vorgesetzte (Marstedt et al., 1993).

Erste und oftmals auch die einzigen Ansprechpartner der Arbeitnehmer für gesundheitliche Belange sind die Hausärzte. *„Habe keinen Bock auf irgendeinen Arzt, gehe zu meinen niedergelassenen Arzt“*, ist eine so oder ähnlich immer wieder formulierte Einstellung, die, bedenkt man, dass viele Arbeitnehmer Krankheiten im Kontext mit am Arbeitsplatz wahrgenommen Belastungen sehen, nicht unbedingt nachvollziehbar ist (vgl. Brucks et al., 2002, S. 54 und Marstedt et al., 1993). Gleichzeitig allerdings monieren die Arbeitnehmer auch die erwähnten Informationsdefizite der Hausärzte hinsichtlich arbeitsplatzrelevanter Fragen.

Hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu den Arbeitgebern werden von den professionellen Akteuren Hilfen bei der Argumentation erwartet. Es bedürfte hier, so aus Sicht der Arbeitnehmer, angemessener Informationen an die Arbeitgeber in Fragen der Krankheit

und Behinderung, behinderungsgerechter Arbeitsplatzgestaltung und -organisation sowie einer Unterstützung bei der Organisation der Hilfsmittelversorgung. Vor allem aber wurde auf Seiten der Arbeitnehmer Handlungsbedarf in Richtung sozialer Kompetenzen und Skills im Umgang mit Behinderung und dem Aufbau informeller Hilfs- und sozialer Unterstützungsnetzwerke benannt.

*„Eine Zusammenarbeit zu niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten“, so die Arbeitnehmer „muss man im Einzelfall entscheiden“, wobei die Bekanntheit und das Vertrauen in die Betriebsärzte eine wesentliche Rolle spielen.*

Ziel einer Vernetzung soll es nach ihren Wünschen u. a. sein, die Arbeitnehmer in Detailfragen zu informieren. Aus Sicht der Arbeitnehmer ist dabei auch wichtig, sie nicht mit professionellen Angeboten zu überfrachten.

Schlussfolgernd kann zur Perspektive der Arbeitnehmer zu Belangen der Gesundheit und Arbeit gesagt werden:

Gesundheit wird primär als Sache des Einzelnen angesehen, zwischen Gesundheit und Arbeit besteht eine sensible Grenze. Daraus resultieren Ängste von Arbeitnehmern, sich als gesundheitlich eingeschränkt zu erkennen zu geben. Dies hat unmittelbar damit zu tun, dass es unklar ist, welche Auswirkungen ein drohenden Behinderungen und welchen Zweck professionelle (betriebsärztliche) Maßnahmen haben und wie das weitere therapeutische Vorgehen erfolgt. Maßnahmen zur Früherkennung werden von Arbeitnehmern deshalb eher verhalten gewünscht. Allerdings besteht eine grundsätzliche Bereitschaft zu primärpräventiven Bemühungen. Hier allerdings bedarf es gezielter Information, Klarheit in der Definition von Zielen und einer Einbindung der Arbeitnehmer als Experten ihrer jeweiligen Erkrankungen.

#### **6.3.4.2 Datenschutz hinsichtlich vernetzungsrelevanter Aktivitäten**

In den Interviews mit Beschäftigten wurden auch Datenschutzfragen, die ärztliche Schweigepflicht und Fragen zur Datensicherheit gestellt (vgl. dazu auch Unfallkasse Baden-Württemberg, 2002).

Das vom Bundesverfassungsgericht festgelegte Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“ und der „Erlaubnisvorbehalt“ wurde von den meisten Interviewpartnern als wichtig erachtet.

Von den Interviewpartnern wurde die Dokumentation der Behandlung durch den Arzt und die Weitergabe von Daten als Grundlage einer Vernetzung als wichtig eingeschätzt. Insofern wollten die meisten Arbeitnehmer den automatischen Übermittlungsvorgang



von Daten als die für sie selbstverständlichste und günstigste Variante für eine Vernetzung. Ohnehin, so meinten die meisten Arbeitnehmer *„sei mit dem Arztbesuch eine pauschale Genehmigung für die Weitergabe von Daten verbunden“*.

Gegenüber Betriebsärzten bestand auf den ersten Blick, so in den Interviews, von Seiten der Arbeitnehmer dennoch ein gewisser Informationsvorbehalt. *„Betriebsärzten haftet der Makel der Handlanger der Arbeitgeber an“*. Hier scheint wegen der Nähe der Betriebsärzte zum Arbeitgeber das Datenschutzproblem evidenter als bei niedergelassenen Ärzten zu sein. Insbesondere wird befürchtet, dass Informationen „informell“ weitergegeben werden. *„Der Betriebsarzt sitzt zwischen den Stühlen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer – da weiß man dann nicht immer, was weitergegeben wird.“*

Dies betrifft z. B. Ängste der Arbeitnehmer, wenn Betriebsärzte sich ankündigende Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit beim Arbeitnehmer diagnostizieren und diese *„dann wegen der Krankheit wegrationalisiert werden.“* Konkret haben Arbeitnehmer Zweifel, ob *„Betriebsärzte auf ihrer Seite stehen“*, wobei von Seiten der Betriebsärzte dem entgegengehalten wird, dass *„die Bedenken irrational sind, da der Betriebsarzt einer Schweigepflicht unterliegt.“*

*„Allerdings wird schon durch eine häufige Konsultation eines Betriebsarztes Spielraum frei für Interpretationen, wonach ein Arbeitnehmer gesundheitlich eingeschränkt sei.“*

Daher: *„Irrationale Ängste von Arbeitnehmern - das zeigt sich erst hinterher“*. Jedenfalls wollen *„Arbeitnehmer teilweise nicht auffällig werden, Krankheit ist negativ (...) und die haben dann Ärger.“*

Aber auch diese Bedenken im Blick behaltend äußern Arbeitnehmer, *„vorausgesetzt der Betriebsarzt weist ein gewisses Aktivitätsniveau auf“* v. a. auch bei psychischen Problemen nur gute Erfahrungen gemacht zu haben. Möglicherweise sehen viele Arbeitnehmer bei psychischen Auffälligkeiten gute Mitwirkungsmöglichkeiten der Betriebsärzte oder meinen, ihren diesen Störungen oft zugrunde liegenden eingeschränkten Handlungsspielraum mit Hilfe der Betriebsärzte ausweiten zu können.

## 7 Handlungsempfehlungen

### 7.1 Einleitung

Die zuvor in den Kapiteln 4 und 5 dargestellten Forschungsergebnisse sowie der in diesem Kontext durchgeführte Expertenworkshop<sup>60</sup> waren wegbereitend im Hinblick auf die Entwicklung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen.

„Frühzeitigkeit“ ist bei der Feststellung eines Handlungsbedarfs zur Erbringung von Leistungen für von chronischer Erkrankung und Behinderung bedrohte sowie behinderte Beschäftigte ein bedeutender Faktor bei der Vermeidung betrieblicher wie volkswirtschaftlicher Folgekosten. Zeitnah einsetzende Hilfen und Intervention im Rahmen einer funktionierenden Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen, können demnach wichtige Signalgeber für die Einleitung präventiv wirkender betrieblicher Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungsprozessen von Mitarbeitern werden. Darüber hinaus vermag die gute Kooperation miteinander vertrauter Netzwerkpartner ein betriebliches Eingliederungsmanagement fachkompetent zu betreiben.

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zum derzeitigen Stand der in Deutschland vorhandenen Netzwerkbildung, angereichert um Erkenntnisse der durchgeführten Experteninterviews und Erfahrungsberichte der Experten im Rahmen des v. g. Workshops, zeigen sowohl den Bedarf auf, als auch die damit verbundenen Chancen, bislang noch hemmende Faktoren aufzulösen, um zukünftig zu einer stärker als bislang verbreiteten Netzwerkbildung zu gelangen.

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber Vorstellungen und Perspektiven zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entwickelt. Bei deren Realisierung steht primär die Orientierung an sinnvollen Zielen und die sachgerechte Lösung typischer Schwierigkeiten im Vordergrund, nicht der Grad der Regelungsdichte ist entscheidend für deren Umsetzung. In diesem Sinne orientieren sich die nachfolgend benannten Handlungsempfehlungen zu einer Verbesserung der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zielorientiert an dem Aufzeigen von Wegen und dem Schaffen von win-win-Situationen für miteinander kooperierende Akteure, wenngleich die Förderung der Herstellung einer erwünschten Vernetzungsstruktur nicht ohne

---

<sup>60</sup> Am 03.05.2004 in Düsseldorf. Hierbei mitgewirkt haben neben den ausrichtenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Wissenschaft, Forschung und Praxis: Unternehmer, Vertreter der Verbände von Betriebsärzten, Betriebskrankenkassen, Unfallversicherungsträgern sowie Vertreter des BMGS und der BA.

das Einfordern dafür zu erbringender Eigenbeiträge der daran beteiligten Institutionen und Personen erreichbar sein wird.

### Bedingungsgefüge und Zielbeschreibung der Vernetzung

Eine Vernetzung ambulanter und betriebsärztlicher Strukturen, die oftmals unter Hinzuziehung weiterer Akteure und Institutionen frühzeitig individuelle Handlungsbedarfe an Leistungen festzustellen hat, basiert auf dem Vorhandensein eines bestimmten Bedingungsgefüges zur Leistungserbringung. Ziel ist es hierbei nicht, ein starres Modell der Kooperation und die Vernetzung ganz bestimmter Akteure miteinander vorzuschreiben. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich unter spezifisch lokalen bzw. regionalen Bedingungen bei entsprechender Zielfestlegung derartige Netzwerke organisch entwickeln können. Das Funktionieren eines derartigen Netzwerks beruht ohne umfassend reglementierende Vorgaben zu dessen Konstituierung und Zweckerfüllung in oft erheblichem Ausmaß auf dem persönlichen Engagement einzelner, engagierter und „charismatischer“ Personen und Vertreter von Institutionen. Auch wenn die Konstituierung des Netzwerks im Hinblick auf eine sachorientierte und informelle Vernetzung den Akteuren selbst überlassen bleiben sollte, so sind dennoch Impulse des Gesetzgebers in Form einer Definition von handlungsleitenden und verbindlichen Mindestanforderungen in der Hinsicht erforderlich, was dieses Netzwerk leisten soll. Dies alleine schon im Hinblick auf die Überprüfung der Wirksamkeit der jeweiligen Netzwerkkonstruktion im Rahmen einer Evaluierung. Darüber hinaus wünschenswert ist das Schaffen von Anreizen und Rahmenbedingungen, um sich als Akteur an einem solchen Netzwerk zu beteiligen. Ebenso hat bei Nichterreichen bzw. Unterbleiben von Kooperationsstrukturen oder aber bei mangelnder, fallspezifischer Kooperationsbereitschaft zwischen Akteuren, etwa bei Verweigerung einer angeforderten Mitwirkung bei der Auskunftserteilung, dies nicht ohne Sanktionen zu bleiben, damit der sachbezogene Informationsfluss in einem Netzwerk sichergestellt werden kann.

## **7.2 Zielführende Erwartungen und Wünsche von Experten als Basis für Handlungsempfehlungen**

Die zur frühzeitigen Identifizierung eines einzelfallbezogenen Bedarfs an Leistungen erforderlichen Anforderungen, die an ein funktionierendes und effektiv arbeitendes Netzwerk zu stellen sind, lassen sich aus vielfältigen Aussagen mit potenziellen Netzwerkpartnern gewonnenen Erkenntnissen, benannten Defiziten und Wünschen generieren. Die als Hauptanliegen benannten Faktoren, differenziert dargestellt nach Akteuren, dienen als Basis für den Gesetzgeber, aber auch für potenzielle Netzwerkpartner (Institutionen, Verbände, Standesvertreter) um die erforderlichen Maßnahmen ergreifen zu können, die zu einer Verbesserung der Kooperationsstrukturen führen.

### 7.2.1 Der Arbeitgeber als Netzwerkpartner

Seitens der potenziellen Netzwerkpartner werden folgende Erwartungen und Wünsche an die Arbeitgeber formuliert:

- Die Schaffung eines stärkeren Bewusstseins für Gesundheitsfragen ganz allgemein bei der Geschäftsführung, gerade in Kleinst- und Kleinbetrieben unter den KMU,
- die Berücksichtigung von Gesundheit am Arbeitsplatz und Gesundheit der Belegschaft als wichtiger Faktor der Personalentwicklung,
- das Bewusstsein für Prävention und frühzeitige Intervention bei in ihrer Leistung nachlassenden Beschäftigten schaffen bzw. verstärken,
- mehr Sensibilität zur Integration behinderter Beschäftigter in das Unternehmen,
- der gesetzlichen Verpflichtung nach dem ASiG zur Bestellung eines Betriebsarztes und der sicherheitstechnischen Betreuung im erforderlichen Umfang nachzukommen.

### 7.2.2 Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner

An Betriebsärzte als potenzielle Netzwerkpartner werden als Erwartungen und Wünsche formuliert:

- Gute Kenntnis des Betriebes/der Betriebe über die Arbeitsabläufe und spezifischen Arbeitsanforderungen zu haben,
- aktiv für die Erhöhung des Bekanntheitsgrades als Betriebsarzt zu sorgen, sich der Belegschaft anzukündigen und vorzustellen, ein vertrauensvolles Klima zu pflegen,
- aktive Beratungsarbeit gegenüber der Belegschaft zu leisten,
- genügend Zeit zu haben für den jeweiligen Betrieb (bei externer Bestellung) und für die einzelnen Beschäftigten,
- mehr Beteiligung und Initiative bei der Durchführung von Maßnahmen der Prävention in den Unternehmen,
- regelmäßigen Austausch mit niedergelassenen Ärzten (Haus- und Fachärzten) in Fällen mit identifiziertem Handlungsbedarf zu pflegen. Hierzu ist die grundsätzliche Bereitschaft zum Gespräch und gegenseitiger partnerschaftlicher Anerkennung erforderlich.

### **7.2.3 Der niedergelassene Arzt als Netzwerkpartner**

Erwartungen und Wünsche, aus Sicht potenzieller Netzwerkpartner an niedergelassene Ärzte formuliert, lauten:

- Die Intensivierung des Informationsaustauschs mit dem Betriebsarzt,
- eine stärkere Bereitschaft zur Kooperation mit dem jeweiligen Betrieb, in dem seine Patienten tätig sind, insbesondere in jenen Fällen, wo das Vorhandensein einer arbeitsbedingten Erkrankung vorliegt oder auch nur möglich erscheint. Hier: Zur Abklärung Erkenntnisse beim Arbeitgeber zum Arbeitsplatz einholen.
- Die stärkere Einbindung bei der Einleitung erforderlicher Rehabilitationsmaßnahmen und ggf. erforderlich werdender Wiedereingliederung nach Erkrankung,
- arbeitsmedizinisch ausgerichtete Schulungs- und Weiterbildungsbereitschaft sowie Weiterbildungsmöglichkeit.

### **7.2.4 Andere Akteure als Netzwerkpartner**

Hierzu gehören Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Rehabilitationsträger, Integrationsämter, Servicestellen, Arbeitsverwaltung und weitere Akteure, je nach Lage des zu bearbeitenden Falles. Als bislang in dieser Funktion noch nicht in Erscheinung getretene Akteure als Netzwerkpartner werden explizit die Handwerkskammern, Innungen und Kreishandwerkerschaften thematisiert. An sie formulierte Anforderungen und Erwartungen lauten:

- „Kurze Wege-Struktur“ vorhalten,
- zeitnahe Entscheidungen treffen, gute Koordination von Maßnahmen,
- transparente, kompetente und umfassende Beratung und Informationsverbreitung für sie anfordernde Akteure (insbesondere Arbeitgeber und Arbeitnehmer) vorhalten,
- Kommunikation intensivieren: Zum Erfahrungsaustausch, voneinander lernen, Verfahren und Erfahrungen bekannt machen,
- Finanzierung von Supervision von Ärzten (Krankenkassen) und von Angeboten zur Gesundheitsförderung, auch in Kleinst- und Kleinbetrieben.

### **7.2.5 Anforderungen seitens der Netzwerkakteure an die Arbeitnehmer**

Arbeitnehmer sind ebenfalls Akteure in einem Kooperationsnetzwerk von Institutionen und Ärzten. Sie sind unmittelbar oder mittelbar Anlass dazu, dass vernetzte Aktionen

zum Erhalt oder zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit von Dritten unternommen werden. Aus der Erfahrung der vernetzten Akteure mit ihnen als Patienten oder Klienten heraus, formulieren diese ihrerseits eine Reihe von Wünschen und Empfehlungen an die Adresse der Arbeitnehmer:

- Mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen; z. B. ihren Lebensstil und die Ernährung zu überprüfen, ggf. ändern,
- die Bereitschaft, sich beraten zu lassen, wenn gesundheitliche Auffälligkeiten im Betrieb bestehen,
- stärkere Aktivität und Mitwirkung an (betrieblichen) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu zeigen,
- die Mitwirkung am Rehabilitationsprozess, Befolgen der ärztlichen Ratschläge und Wille zur Wiedereingliederung nach Krankheit.

Die formulierten Erwartungen und Wünsche eines an den anderen Akteur ließen sich in differenzierter Form noch weiter fortsetzen. Die genannten Aspekte ergeben jedoch, da sie stellvertretend für Themenkomplexe sind, genügend Erkenntnisse dahingehend, Impulse und Handlungsempfehlungen hinsichtlich einer Verbesserung bzw. Intensivierung der Netzwerkarbeit zu geben.

### **7.3 Empfehlungen des Auftragnehmers**

Die abschließend empfohlenen Maßnahmen basieren auf der im Projektkontext durchgeführten quantitativen Analyse sowie einer Vielzahl anhand von Expertengesprächen mit Praktikern, also potenziellen Netzwerkpartnern, gewonnenen Erkenntnissen. Auf Grund der zuvor dargestellten Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die behandelte Thematik ist als Beschreibung des Ist-Zustandes der Akteursvernetzung die Bezeichnung „bislang weitgehend unkoordiniertes Nebeneinanderher“, auch wenn salopp formuliert, eine zutreffende. Demnach besteht ein mehr oder weniger ausgeprägtes Nebeneinander von kompetenten Institutionen, Fach-, Haus-, und Betriebsärzten, die in fallbezogener Arbeit oder auf einzelbetrieblicher Ebene agieren.

Die Formulierung von Empfehlungen und vorgeschlagenen Maßnahmen orientiert sich an den o. e. „Zielführenden Erwartungen und Wünschen“ der eingehend befragten Expertinnen und Experten aus der Praxis. Sie wissen aus ihrer alltäglichen Arbeit heraus am besten, was sie an Hilfestellungen und Rahmenbedingungen zu einer möglichst optimalen Kooperation bzw. Vernetzung benötigen. Dem Gesetzgeber wird hierbei einerseits die Aufgabe zugedacht, Grundsatzfragen zu thematisieren und diese dann einer Bearbeitung im Rahmen von Initiativen und gesundheitspolitischen Kampagnen zuzu-

führen oder an geeignete Gremien zur Bearbeitung weiterzuleiten. Andererseits ist zu befinden, ob durch Bonus-/Malussysteme und, wenn scheinbar unausweichlich, auch durch entsprechende Kontrollmaßnahmen flankierend tätig zu werden ist. Darüber hinaus ist grundsätzlich eine Überprüfung der Wirksamkeit politisch gesteuerter Initiativen im Rahmen der Evaluierung anzuraten, um hierdurch gegebenenfalls wichtige Aussagen und Inputs für weiteren gesundheitspolitischen Steuerungsbedarf zu erhalten.

Da die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse z. T. deutliche Defizite in den bisherigen Kooperations- und Akteursbeziehungen erkennbar werden lassen, werden im Folgenden genannte Empfehlungen und angedachte Maßnahmen zu einer Verbesserung der Akteursrolle der jeweils eigenständigen Netzwerkpartner aus dem Defizitansatz heraus formuliert.

### 7.3.1 Der Betrieb als Netzwerkpartner

Arbeitgeber haben durch vielfältige Aktivitäten und unter Nutzung von Instrumenten zur fähigkeitsgerechten Platzierung von Beschäftigten in ihrem Unternehmen die Möglichkeit, Einfluss auf den Krankenstand sowie bei der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Belegschaft zu nehmen. Dies können sie unabhängig von der jeweiligen Betriebsgröße, unter den gegebenen Umständen mit unterschiedlichen Mitteln realisieren.

Jedes Unternehmen sollte formal in der Lage sein bzw. in die Lage versetzt werden, über einen „Kümmerer“ (Koordinator, Disability-Manager etc.), als verantwortliche Person zu verfügen, die in Gesundheitsfragen Schnittstelle im Betrieb, zugleich aber auch Ansprechpartner im Sinne einer auskunftgebenden und auskunftberechtigten Person nach außen hin für Haus-, Fachärzte, Krankenkassen etc. sein kann. Zum Beispiel dann, wenn es darum geht abzuklären, in welchem Ausmaß Erkrankung und gesundheitliche Beschwerden von einzelnen Beschäftigten mit ihrer Arbeitstätigkeit in Zusammenhang stehen können. Wichtig ist die Benennung mindestens einer Person, die diesen Informations- und Datenfluss sicherstellen kann. Dies kann z. B. ein Betriebsarzt in einem Unternehmen leisten. Vor allem aber in den Kleinst- und Kleinbetrieben mit einer Beschäftigtenzahl von bis zu 20 Mitarbeitern, in denen etwa 85% aller Beschäftigten in Deutschland tätig sind und die bislang ohne bzw. nicht ausreichende betriebsärztliche Betreuung sind, wäre seitens ihnen nahe stehender Partner, etwa durch die Handwerkskammern<sup>61</sup>, Innungen, Kreishandwerkerschaften und andere, die Befähigung zu

---

<sup>61</sup> Die Interessensvertreter von KMU dieser Größe betreiben ohnehin bereits eine engagierte Öffentlichkeitsarbeit für ihr Klientel und profilieren sich zunehmend in ihrer Rolle als Serviceanbieter und Dienstleister. Sie wären deshalb geeignete Informationsvermittler, Berater und Multiplikatoren.

erlangen, solche „Kümmerer“ in Betrieben dieser Größe zu stellen, zu beraten bzw. zu schulen. Hierzu sind geeignete Beratungsinhalte, die *Gesundheit als Führungsaufgabe* im Unternehmen zum Inhalt haben, mit noch zu definierenden Mindeststandards durch dafür zu qualifizierendes Personal zu vermitteln. Wünschenswert wäre die Etablierung von weitergehenden Kooperationsbeziehungen zwischen Integrationsämtern, Arbeitsmedizinischen Zentren und Kammern/Innungen und Kreishandwerkerschaften mit einer Serviceleistung, die über eine aktive Ansprache der einzelnen Mitgliedsbetriebe modular oder als Paket angeboten wird. So können Betriebe umfassend dahingehend sensibilisiert werden, folgende Aspekte zur Vermeidung von langfristigen, evtl. sich chronifizierender Erkrankungen und drohender Behinderung als Frühwarnzeichen zu erkennen und entsprechend frühzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, aber auch zur verstärkten Integration von behinderten Menschen in die Arbeitswelt angeregt werden: Beratungsinhalte und Serviceleistungen für Betriebe wären hierbei:

- Gesundheit, d. h. Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsschutz, Prävention aber auch Eingliederungsmanagement als Führungsaufgabe über die Schulung von Unternehmensleitung, Management, Meistern und anderen Vorgesetzten in Betrieben zu vermitteln und so verbindlich und nachhaltig wie möglich, in der Organisationsstruktur des Unternehmens zu verankern,
- Hilfe bei der Suche nach geeigneter arbeitsmedizinischer Betreuung, Ansprechpartner sein bei der Vermittlung von Adressen von Arbeitsmedizinischen Zentren, darauf hinwirken, dass die Betreuung regelmäßig und mindestens im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang erfolgt,
- Beratung dahingehend leisten, Fehlzeiten zu beobachten, diese richtig interpretieren zu helfen, und bei Handlungsbedarf geeignete Maßnahmen mit dem Ziel der Arbeitsplatzerhaltung zu vermitteln,
- Sensibilisierung der Geschäftsführung bzw. Personalverantwortlichen, bei Verhaltensauffälligkeiten einzelner Beschäftigter hinzuschauen, bei unklaren Ursachen in die Lage versetzt zu werden, zu handeln (Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt zwecks Konsultation),
- anregen, Gesundheitsgespräche mit Betroffenen zu führen; über mitgeteiltes Betroffenenwissen evtl. wichtige Erkenntnisse zum Arbeitsplatz und zur Arbeits(platz)belastung erfahren und entsprechend intervenieren zu können,
- anregen, Verfahren und Methoden zur fähigkeitsgerechten Platzierung von behinderten Menschen und von Behinderung bedrohten Beschäftigten am Arbeitsplatz und Vergleichsverfahren zur Messung von Anforderung und Fähigkeiten am Arbeitsplatz (IMBA, MELBA) anwenden und bei Abweichungen entsprechend handeln,



- Unterrichtung über die Möglichkeit und Durchführung von Integrationsvereinbarungen, ggf. über Einschaltung des Integrationsamtes als hierzu geeigneter Partner,
- Instrumente, z. B. Mitarbeiterbefragungen und die Einrichtung von Gesundheitszirkeln anzuwenden, hierdurch Gesundheitsziele zu definieren und diese mit der Belegschaft nachhaltig zu verfolgen,
- Anregungen und Informationen zu Gesundheitsthemen an Mitgliedsbetriebe geben: Über gezielte präventive Maßnahmen bis hin zu speziellen Themen Informationsveranstaltungen mit durchführenden Gesundheitsdienstleistern vermitteln.

Das Spektrum der aufgezählten Interventionsmöglichkeiten auf der betrieblichen Ebene, hierbei alleine durch Initiative der Unternehmen bzw. Geschäftsführung selbst, ist keineswegs vollständig zu nennen. Die aufgezählten Aspekte verdeutlichen jedoch die große Chance, die damit verbunden ist, die Kammern und Innungen als wirtschaftlich beratend nahestehende Interessenvertreter der KMU auch zunehmend in die Rolle als Eingangsberater in Fragen des Gesundheitsschutzes, bei der Integration von Behinderten am Arbeitsplatz<sup>62</sup> sowie im Hinblick auf ein wirksames Ausgliederungsverhinderungsmanagement mit einzubeziehen. Hierzu wird empfohlen, finanzielle Anreize und/oder Boni – zunächst möglicher Weise für die Durchführung weiterer Modellversuche - zu gewähren. Bei positivem Verlauf lassen sich Nachahmereffekte erwarten, wenn eine überzeugende win-win-Situation, etwa in Form einer Aufwertung der Kammern in ihrer Rolle als Dienstleister daraus erwächst. Wie wichtig und überaus wirkungsvoll die feste Etablierung von Ansprechpartnern mit umfassender „Kümmerer“-Funktion für Kleinst- und Kleinbetriebe sein kann, haben nicht nur die Ergebnisse aus den durchgeführten Experteninterviews gezeigt, sondern verdeutlichen auch im großen Maße immer wieder die aktuellen öffentlichen Diskussion bei zahlreichen Tagungen und Veranstaltungen sowie auch Ergebnisse aus weiteren Projekten<sup>63</sup>. Die gerade im Handwerk bereits historisch gewachsene enge Verbindung zu Kammern und Innungen legt es nahe, dass hierüber angebotene Serviceleistungen für die Mitgliedsbetriebe zum einen Beachtung finden und darüber hinaus hier ein akzeptierter Ansprechpartner für Unter-

---

<sup>62</sup> Vereinzelt übernehmen die Handwerkskammern bereits diese Aufgabe in Kooperation mit anderen Partnern, siehe z. B. das von 1996 bis 2000 laufende Modellprojekt der Hauptfürsorgestelle des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Handwerkskammer Münster zur Integration von Schwerbehinderten in das Handwerk (Möllering/Stüer 2000).

<sup>63</sup> Ein Andocken einer solchen Beratungsstelle bzw. der Person des „Kümmerers“ bei den Handwerkskammern, Innungen und Kreishandwerkerschaften ist im Projektkontext auf Gesprächsebene leider nicht gelungen. Jedoch war die MundA GmbH als Projektnehmer des BMGS nicht mit Kompetenzen ausgestattet, die eine Mitwirkung der Unternehmensvertreter hätte verpflichtend werden lassen können.

nehmensbelange im Allgemeinen existiert. Leider werden die nach SGB IX inzwischen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland flächendeckend eingerichteten Servicestellen, die in vielen der o. g. Aspekten Ansprechpartner wären, von den Unternehmen und auch Beschäftigten noch nicht in erhofftem Maße angefragt. Dies beruht zum einen auf der immer noch weit verbreiteten Unkenntnis der potenziellen Nachfrager über deren Aufgaben und dem oftmals geringen Bekanntheitsgrad vor Ort, zum anderen scheinen sie für die betriebliche Ebene als „zu weit draußen“ angesiedelt zu sein. Unternehmensverbände pflegen mit ihren Presseorganen (Mitgliedszeitschriften, Rundbriefen etc.), als Dienstleister seit langem eine „Bringe-Kultur“, auf Grund der vorgehaltenen „Komm-Struktur“, ohne adäquate Werbemaßnahmen ausgestattet, könnten Servicestellen auf Dauer die ihnen zgedachte Funktion und beabsichtigte Wirkung verfehlen.<sup>64</sup> Es gilt, den Bekanntheitsgrad der Servicestellen durch geeignete PR-Maßnahmen zu erhöhen und als Ansprechpartner für Betriebe zu öffnen. Die Nähe der Servicestellen als Kooperationspartner von Kammern und Innungen herzustellen, um hierüber einen verstärkten Unternehmenszugang zu erhalten, wäre daher angeraten.

### 7.3.2 Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner

Betriebsärzte verfügen im Allgemeinen über gute Kenntnisse des Unternehmens, die Arbeitsabläufe und spezifischen Arbeitsanforderung an die dort tätigen Menschen. Dies umso besser, wenn sie nur eine geringe Anzahl von Unternehmen zu betreuen haben. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, aber auch die Wünsche und Anregungen im Rahmen des Expertenworkshop haben gezeigt, dass

- Probleme der betriebsärztlichen Versorgung und Versorgungsintensität,
- Imageprobleme und mit der Rolle der Betriebsärzte zusammenhängende sowie
- Akzeptanzprobleme von Betriebsärzten gegenüber niedergelassenen Ärzten

bestehen, aus deren Existenz sich Handlungsbedarfe hin zu einer Abschwächung oder gar Auflösung dieser Probleme ableiten lassen.

Betriebsärzte haben auf Grund ihrer besonderen Rolle einerseits für die gesundheitlichen Belange der Belegschaft zuständig zu sein, aber ihre Möglichkeiten, in Gesundheitsfragen und der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen regulierend und steuernd tätig zu werden, hängen letztlich vom Wohlwollen der Unternehmensleitung ab. Zur Steigerung der Durchsetzungsfähigkeit angeraten wären gesetzliche Vor-

---

<sup>64</sup> vgl. BMGS-Projekt „Jupp Schmitz lässt nach! – Aufbau einer Präventions- und Rehabilitationsberatung für kleine und mittlere Unternehmen“, MundA GmbH.

gaben, nach denen Betriebsärzte ein verstärktes Mitspracherecht erhielten. Es ist zu konstatieren, dass aber auch unterhalb des Wunsches nach einer unternehmenspolitisch gestaltenden Mitwirkungsmöglichkeit von Betriebsärzten ihr Bekanntheitsgrad bei den einzelnen Beschäftigten oftmals noch zu Wünschen übrig lässt. Je höher der Bekanntheitsgrad und das Engagement der Betriebsärzte für die Belegschaft, mit dem ein Klima des Vertrauens verbreitet werden kann, desto stärker, so ist anzunehmen, ist auch die Akzeptanz der Beschäftigten und desto eher lassen sich die Beschäftigten für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die sowohl Lebens- als auch Arbeitswelt mit einbeziehen, erfolgreich durchführen.

Als verbesserungsbedürftig sind die Zeiten der Präsenz von Betriebsärzten, insbesondere der in arbeitsmedizinischen Zentren tätigen zu nennen, die häufig eine Vielzahl von Betrieben zu betreuen haben und durch die oftmals jahrelange Abwesenheit im einzelnen Betrieb, kaum in der Lage sind, Frühwarnzeichen für Handlungsbedarfe zu erkennen. Selbst sehr engagierte Betriebsärzte aus Arbeitsmedizinischen Zentren berichten über die auf Grund beschränkter personeller Ressourcen und der limitierten Verweildauer im einzelnen Betrieb über starke Einschränkungen dessen, was sie dort bewirken können. Innovative Konzepte stoßen nicht immer auf Gegenliebe bei der Betriebsleitung. Für intensive Überzeugungsarbeit gegenüber der Unternehmensführung und, nachfolgend, die wirksame Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen bleibt jedoch in der Regel keine Zeit. Auch die Einflussnahme im Hinblick auf die fähigkeitsgerechte Platzierung von behinderten und von Behinderung bedrohten Beschäftigten am Arbeitsplatz und die Anwendung von Verfahren zur Messung von Anforderungen und Fähigkeiten (IMBA, MELBA), kann in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit bei einer Vielzahl betreuter Betriebe durch externe Betriebsärzte nur selten geleistet werden.

Eine Möglichkeit zur besseren Erfüllung des gesetzlichen Auftrages von Betriebsärzten wäre hier, mehr externe Betriebsärzte mit dem Ziel einer Erhöhung der Verweildauer, vor allem in Kleinst- und Kleinbetrieben, für ihre Aufgaben auszubilden bzw. über ein ggf. zu modifizierendes Finanzierungsmodell zur Verfügung zu stellen. Vorstellbar wäre ein durch die Sozialversicherungsträger fondfinanziertes Modell, aus dem zusätzliche betriebsärztliche Einsatzzeiten zur Realisierung von Konzepten zur Früherkennung eines individuellen Handlungsbedarfs finanziert werden.

Als schwierig gestaltet sich derzeit noch die Partnerschaft von Betriebsärzten mit ihren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen (Haus- und Fachärzten). Werden die vorliegenden Untersuchungsergebnisse betrachtet, dann ist sowohl in der quantitativen Analyse als auch im Rahmen der durchgeführten Interviews ein Imageproblem auszumachen. Soll die Rolle der Betriebsärzte in einem vernetzten System partnerschaftlicher als bislang ausgefüllt werden, so muss ihre Position als Partner der niedergelassenen

Ärzte mehr Gewicht erlangen und eine Aufwertung erfahren. Niedergelassene Ärzte können durchaus von Betriebsärzten lernen. Eine verstärkte und engagierte Vermittlung von arbeitsmedizinischen und arbeitswissenschaftlichen Grundlagen und Fragestellungen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen kann durchaus dazu beitragen, über ein „Voneinanderlernen“ ggf. vorhandene Vorurteile abzubauen, im Respekt vor dem Tun des anderen die gegenseitige Akzeptanz zu erhöhen und zukünftig enger und partnerschaftlicher miteinander zu kooperieren. Zur Beseitigung des vorhandenen Imageproblems der Betriebsärzte sind sowohl die verschiedenen Standesorganisationen in der deutschen Ärzteschaft in die Pflicht zu nehmen als auch die Verbände der Betriebsärzte, die über eine verstärkte Aufklärungsarbeit das Klima gegenüber den niedergelassenen Ärzten ebenfalls verbessern helfen können.

Ein erwünschter, enger und gut funktionierender Kontakt und die dauerhafte Pflege von konstruktiven Netzwerkbeziehungen zwischen Betriebs- und niedergelassenen Ärzten ist nur mit zeitlichem und auch personellem Aufwand zu betreiben wobei die Frage einer Finanzierung dieses Einsatzes zu thematisieren ist. Eine Vergütungsregelung für die Netzwerkarbeit wäre zu entwickeln oder in den Kontext der bereits bestehenden Honorierung für betriebsärztliche Leistungen zu integrieren. Auch müssten Kriterien erarbeitet werden, nach denen eine Vergütung der Aufwendungen und Leistungen im Sinne einer Kooperation und Netzwerkpartnerschaft erbracht werden und die Dokumentation derartiger Leistungserbringung geregelt wird.

### **7.3.3 Der Hausarzt als Netzwerkpartner**

Hausärzte und Fachärzte sind diejenigen Kontaktpersonen für Arbeitnehmer, die im Hinblick auf die Unzulänglichkeiten oftmals bestehender betriebsärztlicher Versorgung Frühwarnsignale für drohende Handlungsbedarfe als erste erkennen. Ein Interessantes Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass diese in 2/3 der Fälle der erkrankten Berufstätigen eine Verbindung zwischen Krankheitsursachen und dem Arbeitsplatz bzw. seine Anforderungen an den Menschen sehen.

Eine herausragende Rolle haben die Hausärzte bei der Frequentierung durch die Arbeitnehmer. Sie sind häufig bereits langjährige Patienten. Veränderungen der Erkrankungen, Krankheitshäufigkeit und andere spezifische Begleiterscheinungen von Erkrankungen sind in der Regel über einen längeren Zeitraum gut dokumentiert. Damit einhergehend wächst über einen längeren Bekanntheitszeitraum die gegenseitige Vertrautheit in der Arzt-Patienten Beziehung. Die derzeitige Aufwertung der Hausärzte (sog. Hausarztmodell) in der gesundheitlichen Versorgung, ist vom Gesetzgeber wie den Krankenkassen in gleichem Maße gewollt. Auf Grund der Nähe und Bündelung von gesundheitsbezogenen Informationen über den Gesundheitszustand von Arbeitneh-

mern kommt dem Hausarzt eine ideale Rolle als „Lotse im medizinischen System“ zu. Bei ihnen laufen im Rahmen der Berichts- bzw. Mitteilungspflicht der Fachärzte nach erfolgten Überweisungen, eine Fülle von Informationen zusammen und sie haben auch die Möglichkeit, präventives Verhalten bei ihren Patienten anzuregen bzw. moderat zu steuern.

Die Stärkung der Rolle als Lotse und damit die Aufwertung von Hausärzten unter dem Aspekt der Vernetzung, erfordert in vielfachen Einzelfällen eine stärkere Abklärung von in seiner Praxis erhobenen Befunden mit den Unternehmen der dort Beschäftigten. Bislang unterbleibt diese aktive Kontaktaufnahme seitens der Hausärzte mit der betrieblichen Ebene häufig und nicht nur das: Betriebsärzte geben an, dass sie in rund 1/3 der Auskunftersuchen an Haus- und Fachärzte selten oder gar keine Rückmeldung erhalten. Geradezu dramatisch zu nennen ist die niedrige Quote derjenigen Fälle, in denen es überhaupt zu einem vernetzten Informationsaustausch zwischen Betriebs- und Hausärzten kommt. Gerade einmal 2,7% der Hausärzte halten Kontakt zu einem Betriebsarzt.

Die Effekte einer verstärkten Verpflichtung zur Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten, zumindest aber zur betrieblichen Ebene, sind gesundheitspolitisch als bedeutend einzuschätzen. Ein wichtiger, erhoffter Effekt durch die stärkere Einbindung, insbesondere von Hausärzten, in ein Netzwerk zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen ist die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und -diagnosen und damit auch nicht nur finanziellen Ausgaben. Das möglichst zeitnah abgeklärte und gegenseitig mitgeteilte Wissen im Erkrankungsfall initiiert eine zwischen mehreren Ärzten abgestimmtere Umsetzung von Handlungsbedarf. Daran geknüpft ist die Erwartung, dass das bisherige Nebeneinanderher einer unter Umständen eine Vielzahl von Diagnose erstellenden Ärzten, deren Ergebnisse aber nur selten in der Gesamtschau mit Handlungsfolgen und Nutzen für die Patienten in damit einhergehenden Maßnahmen münden, rückläufig sein wird.

Aus den genannten Erkenntnissen der Defizitanalyse heraus, aber auch unter Berücksichtigung der qualitativen Aspekte einer Verbesserung der Vernetzung mit dem Ziel einer frühzeitigen Hilfestellung und Maßnahmeeinleistung für die Patienten, unter Berücksichtigung der haus- und fachärztlichen Situation, lassen sich Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation an den Gesetzgeber formulieren. Wünschenswert wäre demnach,

- eine Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes durch eine weitgehende Verpflichtung zur Konsultation des Betriebsarztes, zum Einschalten von Arbeitsmedizinischen Zentren oder der direkten Kontaktaufnahme mit Unternehmen bei Verdacht auf arbeitsbedingte gesundheitliche Einschränkungen,

- Hausärzte stärker zur Nutzung von Fortbildungsangeboten mit arbeitsmedizinischer Thematik anregen,
- Angemessene finanzielle Vergütung für einen verstärkten patientenbezogenen Informationsaustausch und des Verwaltungsmehraufwands; Vergütung von Aufwendungen für die lokale/regional ausgerichtete Netzwerkarbeit,
- Initiierung einer Kampagne im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung der Hausarztrolle als Partner der Betriebsärzte und Unternehmen, ggf. gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, um bei Betriebsärzten, Unternehmern wie Arbeitnehmern mehr Aufmerksamkeit zu erhalten.

Wenngleich die Rolle des Hausarztes im Sinne der Lotsenfunktion eine Aufwertung über die ihm zugedachten Aufgaben erhält, ist darauf hinzuweisen, dass der gerade von Hausärzten ohnehin schon als ihre Zuwendungszeit gegenüber Patienten beeinträchtigende Mehraufwand für Dokumentationszwecke gering sein wird. Zu denken wäre hierbei, den Verwaltungs-, Berichts-, und Dokumentationsaufwand der erforderlich werden den Kooperationen bzw. Kontaktgespräche in die bereits bestehende ärztliche Dokumentationsroutinen an die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zu integrieren.

#### **7.3.4 Der niedergelassene Facharzt als Netzwerkpartner**

Neben den Hausärzten vermögen auch die als Spezialisten ausgebildeten Fachärzte frühzeitig wichtige Erkenntnisse für Handlungsbedarfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Beschäftigten zu gewinnen und diese als Behandlungsinput in ein Netzwerk einzuspeisen oder aber der betrieblichen Ebene, dem Betriebsarzt, der Geschäftsleitung sowie den Personalverantwortlichen mitzuteilen. Warum dies bislang in erheblichem Maße unterbleibt, war durch die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse nicht zu ermitteln, nur dass dies so ist, kann als unbestrittene Tatsache auch auf Grund der qualitativen Interviews als gesichert gelten.

Fachärzte verfügen im Rahmen ihrer oftmals sehr differenzierten diagnostischen Arbeit unter Zuhilfenahme aktueller technischer Analyseverfahren über die haus- aber auch betriebsärztliche Arbeit ergänzende Informationen. Auch unter der Annahme einer Übernahme der Lotsenfunktion durch den Hausarzt wird zukünftig die Konsultation von Fachärzten im Einzelfall weiterhin unerlässlich sein. Eine Stärkung der Rolle des Hausarztes bietet den Fachärzten, etwa Orthopäden, Internisten, aber auch Spezialisten anderer Heilberufe die Möglichkeit, sich zum einen stärker der betrieblichen Arbeitswelt ihrer Patienten zu widmen, um sich dort mit ihrem Know-how und Angeboten, z. B. zum gesunden Arbeiten oder der Vermeidung von Erkrankungen, stärker einzubringen.

Daneben ist in einem Netzwerk mit der beschriebenen Zielrichtung ihre Fachkompetenz im Austausch zwischen Betriebsärzten und Hausärzten gefragt. Sie sind ein wichtiger Akteur in einem Netzwerk, wenn es um den Informationsfluss geht.

Die Bereitschaft, den medizinisch bedingten Informationsaustausch zu fördern, bedarf neben einer Bewusstseinsbildung auch hier wieder finanzieller Anreize und/oder Boni seitens der Gesundheitspolitik, aber auch der Krankenkassen. Denkbar wäre etwa ein Bonussystem für Fachärzte mit präventiver Ausrichtung, die betriebliche Maßnahmen durchführen bzw. unterstützen. Sowohl der dafür offene Betrieb als auch die durchführenden Leistungserbringer sollten durch ein Anreizsystem ihre Initiative honoriert bekommen.

### **7.3.5 Sonstige als Netzwerkpartner**

Neben einem inneren Netz oder Kreis von Betriebs-, Haus- und Fachärzten als Akteure sind je nach Lage des Einzelfalles oder auch lokaler/regionaler Initiativen in Kooperation mit Betrieben, weitere Akteure in jeweils unterschiedlicher Konstellation tätig, um Gesundheitsprojekte gemeinsam mit Unternehmen zu realisieren. Vielerorts sind solche Netzwerke noch nicht vorhanden oder nicht engmaschig genug geknüpft. Nicht selten bringt ein bestimmter Anlassgrund auf Initiative einer Einzelperson „den Stein ins Rollen.“ Daher ist es schwierig, will der Gesetzgeber nicht Anforderungen an die Konstituierung eines aus möglicherweise mit einer Mindestanzahl bestimmter Akteure vorgeben und damit einhergehend auch die Zweck- und Zielbestimmungen einer derartigen Kooperation regeln. Gut vorstellbar ist, dass sich über das Funktionieren eines o. g. inneren Netzes von Akteuren, allmählich Erweiterungen durch Hinzuziehung weiterer Kooperationspartner und nachfolgendem, dauerhaften Austausch ergeben und somit diese Strukturen organisch wachsen. Natürlich gewachsene Netzwerkbeziehungen, die zudem stark durch engagierte Vertreter von Institutionen und Verbänden geprägt sind, sind in ihrem Wirken als erfolgreicher anzusehen, als Akteure, denen „von oben“ verordnet, eine Zwangsbeteiligung an Kooperationen zugeordnet wird.

### **7.3.6 Datenschutz**

Eine wichtige, im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zu bearbeitende Fragestellung war jene nach dem Austausch von Daten in einem unter Umständen aus vielen Akteuren gebildeten Netzwerk. Die derzeitige Rechtslage regelt in der Tat den Umgang mit Patientendaten sehr differenziert. Das betrifft u. a. den Datenaustausch

- im Hinblick auf patientenbezogene Daten von Arzt zu Arzt bei der Weitergabe von Informationen unter der Bedingung einer schriftlich erteilten Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht,
- innerhalb eines Betriebes, etwa zwischen der Personalabteilung und dem Betriebsarzt bzw. Gesundheitsbeauftragten über bestimmte Betriebsvereinbarungen mit dem Betriebsrat, allerdings auch hier unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und bei Mitarbeiterdaten, je nach Anliegen, auch nur mit deren ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung,
- zwischen externen Trägern. Hier regelt das Datenschutzgesetz ebenfalls den Austausch von Sozial- und Gesundheitsdaten.

Die Datenschutzbestimmungen sind im Sinne des Patientenschutzes grundsätzlich sehr zu begrüßen. Es besteht allerdings, so die Untersuchungsergebnisse, eine in diesem Ausmaß nicht erwartete große Bereitschaft von Arbeitnehmern, ihren Betriebs-, Facharzt oder Hausarzt von der Schweigepflicht zu entbinden, wenn es der Sache, also hier der Verbesserung ihrer Gesundheit und einer bestmöglichen Behandlung, dient. Durch den zwischen Ärzten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes im Wesentlichen eingehaltenen Datenaustausch im Umgang mit Patientendaten und der ihnen seitens der Patienten recht bereitwillig erteilten Einverständniserklärung zur Befreiung von der Schweigepflicht, besteht kein Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers, da die bestehenden Regelungen zur Schweigepflicht für die Netzwerkbildung und dessen Funktionieren keine entscheidende Hürde darstellen.

### **7.3.7 Unterstützende Initiativen und Kampagnen**

Ein weitreichender Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, die Integration von behinderten Menschen in die Arbeitswelt und die möglichst weitreichende Verhinderung einer Ausgliederung von leistungsgeminderten Menschen aus dem Arbeitsprozess sind Zielsetzungen, die durch gesundheitspolitisch initiierte Kampagnen, Appelle und Maßnahmen generell wirksam flankiert werden können. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wegbereitend ist in Deutschland z. B. die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA). Durch den Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialversicherungen, Sozialpartnern und Stiftungen sind die Initiativpartner bestrebt, die Interessen der Menschen an positiven, gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit der Notwendigkeit wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze verbinden. Auch auf Ebene der Bundesländer gibt es derartige Initiativen. Exemplarisch genannt sei hier die „Gemeinschaftsinitiative Gesunder Arbeiten e. V.“ (GiGA) als Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen: Hier zeigen Unternehmen und Institutionen über die Mitarbeit ihr gesellschafts- und sozialpolitisches Engagement für einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Durch konkrete be-



triebliche und überbetriebliche Themenarbeit wird die praktische Umsetzung eines modernen Verständnisses von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit gefördert und erfährt politische Unterstützung durch die Arbeitsschutzverwaltung NRW und insbesondere durch die Landesanstalt für Arbeitsschutz.

Bei einem Vorhaben, wie es die Schaffung von Netzwerken mit dem Ziel einer Verbesserung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen darstellt, ist der Bedarf gegeben, mit werbewirksamen Aktionen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit die Motivation zur zielgerichteten Kooperation zu wecken bzw. zu erhöhen. Die Herausstellung von win-win-Situationen ist im Rahmen von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit an die Adressaten für eine Netzwerkbildung unter Umständen noch deutlicher als bislang zu thematisieren wobei der Weg einer Beschränkung der Werbeaktionen auf reines Broschürenmaterial im Erfolg als eher begrenzt einzuschätzen ist. Gerade bei Kleinst- und Kleinbetrieben unter den KMU ist durch relativ einfache aber prägnante Botschaften<sup>65</sup> Aufmerksamkeit zu gewinnen. Zu denken wäre bei der Ansprache von Betrieben an kurze Fernsehspots, z. B. nach dem bekannten Prinzip des „Alpha-Telefons“ (Alphabetisierungskampagne), Spots zur Beschäftigung bzw. Eingliederung behinderter Menschen sowie Plakataktionen an exponierten Stellen in Städten und Gemeinden. Die Nutzung des Werbemediums Fernsehen als moderne Präsentationsform zum Transportieren sozial- wie gesundheitspolitischer Botschaften trägt der zentralen Bedeutung des Fernsehens und dem darüber zu erreichenden Wahrnehmungsgrad von Botschaften Rechnung.

### **7.3.8 Forschungsbedarf, Evaluation und Qualitätskontrolle – zukunftsweisende Anregungen**

Da der Aspekt der Frühzeitigkeit im Hinblick auf die Erkennung von Handlungsbedarf und die Einleitung von entsprechenden Maßnahmen ein entscheidendes Kriterium ist, wäre es wichtig, die Forschung zur Erkennung von Frühwarnsignalen zu intensivieren. Und daran anknüpfend, die Optimierung von Interventionsprozessen, etwa unter Gegenüberstellung von nicht netzwerkeingebundenen Betrieben und jenen, die in einer Netzwerkstruktur bereits kooperieren, zu untersuchen, um hierdurch wichtige Erkenntnisse für die Schaffung eines betrieblichen Frühwarnsystems unter rechtzeitiger Einbindung außer- bzw. überbetrieblicher Akteure gewinnen zu können.

---

<sup>65</sup> „Jupp Schmitz lässt nach!“ als Leitspruch hat vielfältige Assoziationen bei den damit in Berührung kommenden Menschen und teilweise sehr rege Diskussionen hervorgerufen. Der Werbeaufwand der MundA GmbH war entsprechend des Projektrahmens jedoch sehr begrenzt, so dass außer einigen spektakuläreren Aktionen mit Öffentlichkeitswirksamkeit eher herkömmliche Berichterstattung in den Printmedien erfolgen konnte.

Auch wenn es vereinzelt „models of good practice“ der Netzwerkbildung unter Gesundheitsaspekten in Deutschland gibt, so haben sich diese vor allem auf Ebene von Großbetrieben entwickelt. Dennoch bleiben bislang Kleinst- und Kleinbetriebe, die, nimmt man noch die KMU mit Beschäftigten bis ca. 50 Beschäftigten hinzu, nahezu 90% aller Unternehmen in Deutschland stellen, nicht hinreichend erforscht, was den Umgang beim Vorhandensein mit Gesundheitsproblemen der Beschäftigten im innerbetrieblichen Kontext anbetrifft. Zu erforschen wären hier z. B. bestehende Modelle, ggf. informelle betriebliche Regelungen und Vorsorgemuster, ihre Wirkungen, Defizite und Optimierungsmöglichkeiten, etwa im Hinblick auf eine verstärkte lokale Netzwerkeinbindung. Kleine Betriebe werden für die Durchführung von betrieblichen Gesundheitstagen und anderen Gesundheitsangeboten auf Grund der jeweils geringen Versichertenzahl durch die Krankenkassen bislang kaum aufgesucht. Für Unternehmen dieser Größenklasse bestände die Chance, durch Einkauf von anderen Gesundheitsdienstleistern vergleichbar gute Beratungs- und Trainingsangebote wahrnehmen zu können. Noch aber gibt es keine nach einheitlichen, qualitätsgesicherten Standards zertifizierten Berater und Dienstleister auf einem undurchsichtigen Markt von verschiedensten Anbietern, die im Interesse der Unternehmen wünschenswerter Weise eine qualitativ hochwertige Präventions- und Rehabilitationsberatung mit nachhaltig positiven Effekten durchführen. Daher sind Forschungsvorhaben zur Schaffung von Beratungsstandards, die die Vorgaben und Möglichkeiten des SGB IX in die betriebliche Ebene transportieren, zu empfehlen. Dies würde z. B. die Zahlung von Prämien nach § 84 SGB IX an Unternehmen, die ein Eingliederungsmanagement betreiben, unterstützen.

Wird die aus den oben angeführten Gründen als wünschenswert und notwendig erachtete Verbesserung der Netzwerkbildung unter Flankierung der Gesundheitspolitik, von Krankenversicherungen und anderen Trägern verstärkt initiiert, dann ist angeraten, nachfolgend eine Evaluation derartiger Netzwerke stattfinden zu lassen. Hierdurch lassen sich wichtige Impulse für die Verstärkung bzw. Optimierung, ggf. auch Inputs für die Beseitigung oder Korrektur evtl. noch bestehender hemmender Faktoren ermitteln.

Die als Empfehlung formulierte stärkere Einbindung der Handwerkskammern, Innungen und Kreishandwerkerschaften als Interessensvertreter und vertraute Partner von Kleinst- und Kleinunternehmen in die Beratungs- und Integrationsarbeit von behinderten Menschen in die Mitgliedsbetriebe wäre als ein weiteres Feld der wissenschaftlichen Begleitforschung zu nennen. Hier ließen sich etwa anhand der Bereitschaft zur Übernahme von derartigen Beratungsleistungen, Aussagen zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs der Institutionen und ihre Einbindung in ein Netzwerk aus Ärzten und sonstigen Trägern untersuchen.

## 8 Literatur

- Angermeier, M. (2004). Die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung von Kleinbetrieben verbessern. In: Industriegewerkschaft Metall (IG Metall) (Hrsg.) Arbeit & Ökologische Briefe. Verfügbar unter: [http://www.igmetall.de/gesundheit/-arbeit\\_oekologie/04\\_01\\_01.html](http://www.igmetall.de/gesundheit/-arbeit_oekologie/04_01_01.html) vom 06. April 2004.
- AOK Rheinland, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF (Hrsg.) (2001). Best Practice, Erfolgreiche Beispiele der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rheinland. Köln: BGF.
- Badura, B. & Hehlmann, Th. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin: Springer.
- Badura, B., Litsch, M. & Vetter, Chr. (Hrsg.) (1999). Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Berlin: Springer.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, Chr. (Hrsg.) (2002). Fehlzeiten-Report 2002. Demografischer Wandel und Erwerbsarbeit. Berlin: Springer.
- Bahrs, O. (2002). Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis – ein Beitrag zur Selbsthilfeförderung. Göttingen: Manuskript.
- Barth, Ch., Glomm, D. & Wienhold, L. (2000). Betriebsärztliche Kleinbetriebsbetreuung - Bedarfsabschätzung, Strategien, zeitgemäße Betreuungsmodelle. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BauA, 904.
- Barth, Chr., Dörr, R., Hamacher, W., Kliemt, G. & Voullaire, E. (2002). Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach dem Arbeitsschutzgesetz – bewährte Praxisbeispiele. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Sonderschrift der BAuA, 67.
- Barth, Chr., Hamacher, W. & Stoll, R. (2001). Präventive Arbeitsschutzstrukturen für Klein- und Mittelbetriebe am Beispiel Lärminderung und Ergonomie. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BauA, 916.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz) (Hrsg.) (1995). Einsatz leistungsgewandelter Arbeitnehmer. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Sonderschrift der BauA, 10.
- BAuA (Hrsg.) (1996). Betriebsarzt als Moderator von Zirkel und Problemlösegruppen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 9.

- BAuA (Hrsg.) (1999). Zugangswege zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben - Informationsveranstaltung vom 20. März 1999. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BAuA, 97.
- BAuA (Hrsg.) (1999). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner - Fortbildungsveranstaltung vom 21. März 1998. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95.
- BAuA (Hrsg.) (2000). Älter werdende Arbeitnehmer - Ergebnisse aus nationalen Forschungsprogrammen im Europäischen Raum. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BauA, 105.
- BAuA (Hrsg.) (2000). Basisuntersuchungsprogramm (BAPRO) für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen - Ergebnisse einer Praxiserprobung in Klein-, Mittel- und Großbetrieben. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 109
- BAuA (Hrsg.) (2000). Betriebsärztliche Betreuung im Wandel. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- BAuA (Hrsg.) (2000). Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen – eine gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und des Hausarztes sowie der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 108.
- BAuA (Hrsg.) (2001). Gefährdungsbeurteilung in der betrieblichen Praxis – Rolle des Betriebsarztes. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 113.
- BAuA (Hrsg.) (2002). Gesundheitsmanagement – ein integriertes Programm der betrieblichen Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BauA, 127.
- BAuA (Hrsg.) (2002a). Europäische Erfahrungen mit dem Arbeitsbewältigungsindex. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 126.
- Behrens, J. (o.J.). Betriebsärzte und Rehabilitation. Unter welchen rehabilitationsrelevanten Bedingungen, Ressourcen und Netzwerken betreuen und nach verfolgen Betriebsärzte regelmäßige Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Frankfurt/M.: Abschlussbericht des ISIS-Instituts.
- Bellwinkel, M., Chruscz, D. & Schumann, J. (1998). Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Eine integrierte Analyse von Sozialversicherungs- und

- Betriebsdaten (Reihe: Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Band 1). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung. Kosten sparen, Qualität steigern  
Verfügbar unter: <http://www.benchmarkclub.de/pages/aktuell/pmzwibil.htm> vom 18. März 2004.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2002). Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik. Zwischenbericht. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bertelsmann-Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2002). Vorläufiger Zwischenbericht der Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“, 8. Oktober 2002. Vervielfältigtes Manuskript.
- Beyer, H-M. (2004). Ärzte als Disability Manager. In: F. Mehrhoff (Hrsg.) Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Mensch in das Arbeitsleben. Stuttgart: Genter. S. 71-79.
- Beyer, H-M. (o.J.). Ärzte als Disability Manager. Manuskript.
- Bieback, K.-J. & Opolzer, A. (1999). Strukturwandel im Arbeitsschutz. In: K.-J. Bieback & A. Opolzer (Hrsg.) Strukturwandel des Arbeitsschutzes. Opladen: Leske + Budrich. S. 7-42.
- Bischoff, H.-J. (2003). Reduktion der Schnittstellenproblematik im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren durch Einführung eines „Unfallmedizinischen Service“ im Steuerungsablauf. Die Berufsgenossenschaft, 6, S. 244-248.
- BKK-Bundesverband (BKK-BV) & Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (Hrsg.) (1999). Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ergebnisse aus dem Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG) (Reihe: Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Band 10). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Borg, I. (2002). Mitarbeiterbefragungen – kompakt. Göttingen: Hogrefe.
- Brandenburg, U., Kuhn, K., Marschall, B. & Verkoyen, C. (Hrsg.) (1996). Gesundheitsförderung im Betrieb. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 74.
- Brandenburg, U., Nieder, P. & Susen, B. (Hrsg.) (2000). Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Weinheim: Juventa.

- Brucks, U., Schmidt, Ch., Wahl, W.-B., Scheuch, K., Haufe, E., Dietze, J., Neumann, M. & Dzuck, M. (2002). Erwartungen von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Betriebsräten an Betriebsärzte. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BAuA, 966.
- Buck, H., Kistler, E. & Mendius, H.G.(2002). Demographischer Wandel in der Arbeitswelt - Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung. Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit des Bundesministerium für Bildung und Forschung. Stuttgart. Verfügbar unter [http://www.demotrans.de/documents/BR\\_DE\\_BR\\_9.pdf](http://www.demotrans.de/documents/BR_DE_BR_9.pdf) vom 28.06.2004.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2003). Studien der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von KMU. 22. Sonderausgabe. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Eigenverlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2001). Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 11. Auflage. Eigenverlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2004). Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004. Verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/aktuell/pdf/GE%20VIK.pdf> vom 07. April 2004.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch. Ärztebl. 94: A2154-2155, B 1622-1623, C 1754-1755.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2003). Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Broschüre A 307. Bonn: BMGS. Auch verfügbar unter <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/a307.pdf>
- Bundesverband der Unfallkassen (2003). Kurzinformationen über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst. Forschung für die Praxis. Wissensmanagement im Arbeits- und Gesundheitsschutz.
- Bundesverband der Unfallkassen (BUK) (Hrsg.) (2003). Empfehlungen des Vorstandes für die Diskussion zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung. München. Eigenverlag. Auch verfügbar unter <http://buk-admin.universum.de/uploads/510/Vorstandsempfehlungen.pdf>.

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Hrsg.) (2003). Unsere Sozialversicherung. Berlin: BfA.
- Delbrück, H. (Hrsg.) (1998). Rehabilitationsmedizin ambulant, teilstationär, stationär. München: Urban & Schwarzenberg. zweite überarb. Aufl.
- Dietrich, M. (1998). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Aus Sicht der Betriebsärzte. In: H. Schmitthenner (Hrsg.). (1998). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 29-33.
- Doering, T.J., Vahlbruch, A., Steuernagel, B. & Fischer, G.C. (2002). Prävention in der Hausarztpraxis. Meinungen und Einstellungen niedergelassener Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte zur Prävention im Alltag der täglichen Praxis. Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 14, Nr. 1, S. 28-41.
- Drexler, H. & Brodings, H.C. (Hrsg.) (2001). Allergien am Arbeitsplatz, koronare Herzkrankheiten und Beruf. Fulda: Rindt-Druck.
- Dunkelberg, S., Lachmann, A., van den Bussche, H. & Müller K. (2002). Was denken Hausärzte aus den neuen und alten Bundesländern über Rehabilitation? Das Gesundheitswesen, 64, S. 369-374.
- DVfR (2000). Ad-hoc-Arbeitsausschuss „Sozialmedizinische Begutachtung“ legt Ergebnispapier vor. Rehabilitation. 39, S. 242-244.
- DVfR (2003). Anhörungen des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum GMG. 23., 25., 26. und 30. Juni 2003 in Berlin.
- Eberle, G. (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der gesetzlichen Krankenkassen – Bilanz und Perspektiven. In: BAuA (Hrsg.). Gesundheitsmanagement – ein integriertes Programm der betrieblichen Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb 127. S. 17-27.
- Egger, B. (2002). Primat der Prävention: Wie passt Screening dazu? Kurzfassung anlässlich des Sozialmedizinischen Expertenforums des MDS „Je früher desto besser? Screening – Früherkennung - Vorsorge“ am 5. Dezember 2002 in Berlin.
- Elkeles, T. & Georg, A. (2002). Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Evaluation eines Modellprogramms. Weinheim: Juventa.
- Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des VDBW und DGAUM. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 37, 8, 2002, S. 400f.

- Engelhardt-Schagen M. & Nemitz, B. (2000). Gesundheitsmanagement zwischen Expertenwissen und Effizienzdruck des Unternehmens – Der Auftrag an die Arbeitsmedizin. Die Berufgenossenschaft, 7, S. 402-404.
- Epstein, F. (1998). Gesundheitliche Risikofaktoren in der modernen Welt. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Etzler, K. (o.J.). Vernetzung von Durchgangs- und Betriebsarzt sowie Berufshelfer bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Manuskript.
- Europäische Regional Conference von Rehabilitation International (2003). Vernetzt arbeiten in der Praxis: Partner verbinden in der Rehabilitation. 11.–15. November 2002 in Aachen
- European Agency for Safety and Health at Work (EUOSHA) (Hrsg.) (2003). Geschlechtsspezifische Auswirkungen auf Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Bericht in englischer Sprache). Verfügbar unter: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/209/en/ReportgenderEN.pdf> vom 18. März 2004.
- Fassmann, H. (2003). Case Management und Netzwerkkoooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Fischer, G.C., Beyer, M., Gerlach, F.M. & Rohde-Kampmann, R. (2001). Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien – Brauchen wir ‚Basisleitlinien‘ in der Allgemeinmedizin? Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ), 95, S. 435-442.
- Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ - Bilanz und Perspektiven am 28. September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn.
- Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) (1999). Gutachten zur Evaluierung der Einsatzzeiten der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Betriebsärzte nach GUV 0.5. Bundesverband der Unfallkassen (BUK) (Auftraggeber). München. BUK.
- Freidson, E. (1979). Der Ärztestand. Stuttgart: Enke.
- Freie Universität Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg (1999). Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit.



Bilanz und Perspektiven. Herausgegeben von der Referat Weiterbildung und dem Abt. 4 des LASV.

Friczewski, F. (1994). Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: VAP. S. 14-24.

Fromm, Chr. & Pröll, U. (1998). Zur sozialen Konstitution von Gesundheit und Sicherheit in Kleinbetrieben. In: U. Brandenburg, P. Nieder & B. Susen (Hrsg.). Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Weinheim: Juventa.

Gensch, R. (2001). Der Markt betriebsärztlicher Dienstleistungen und seine Entwicklung – ein Überblick, 3. Sprockhöveler Gespräche, Tagungsdokumentation.

Gensch, R. (2001). Mitwirkung des Betriebsarztes bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen auf der Basis seines erweiterten Aufgabenspektrums auf Grund der Neuerungen in der Arbeitsschutzgesetzgebung. In: BAuA (Hrsg.). Gefährdungsbeurteilung in der betrieblichen Praxis – Rolle des Betriebsarztes. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 113. S. 17-25.

Gensch, R. (2001). Sind die Betriebe mit der Gefährdungsbeurteilung überfordert? Rollenverständnis und Aufgabenspektrum der Akteure. Sicher ist sicher, 2. S. 68-71.

Gerecke, U. (2000). Gesundheitsförderung: Stellenwert in betriebsärztlicher Ausbildung und in betriebsärztlichem Handeln. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 35, 6, S. 275-277.

Gerecke, U. (2001). Rahmenbedingungen für die Arbeit eines Werks- und Betriebsarztes in Kleinbetrieben. Referat zur Tagung der Akademie für Sozialmedizin „Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben: Ansätze zur Kooperation und Netzwerkbildung“ am 25. September 2001 in der Medizinischen Hochschule Hannover.

Gerecke, U. (o.J.). Mobbing im Betrieb aus Sicht eines Betriebsarztes. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte. Manuskript. Verfügbar unter: <http://www.vdbw.de/de/documentpool/mobbing.pdf>

Gerlach, F. & Szecsenyi, J. (o.J.). Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. AOK-Publikation.

- Gesundheitsdaten im Arbeitsverhältnis. Verfügbar unter: <http://www.datenschutzzentrum.de/material/themen/gesund/gsarbeit.htm> vom 02. April 2004.
- Giesert, M. & Geißler, H. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. In: Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Frankfurt/M.: Bund Verlag.
- Glomm, D. & Groß, D. (2000). Leitlinien des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. zur betriebsärztlichen Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben.
- Glomm, D. (1999). Verzahnung stationärer, betrieblicher und ambulanter Rehabilitation – Modellversuch Schleswig-Holstein. In: BAuA (Hrsg.). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95. S. 46-49.
- Glomm, D. (2000). Gesundheitsmanagement im Betrieb – neue Anforderungen an die betriebsärztliche Tätigkeit. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 36, 2, S. 86-88.
- Grigoleit, H., Schliehe, F. & Wenig, M. (1998). Handbuch Rehabilitation und Vorsorge. Rechtsgrundlagen, Definitionen, Inhalt und Konzepte, Modelle, Verfahren, Vereinbarungen. Loseblattausgabe. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Haase, I., Riedl, G., Birkholz, B., Schäfer, A., & Zellner, M. (2002). Verzahnung von medizinischer und beruflicher Reintegration. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 37, 7, S. 331-335.
- Haines, H. (1999). Einführungsreferat zur beruflichen Rehabilitation. In: BAuA (Hrsg.). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95. S. 10-21.
- Hamacher, W. (1998). Bildungsangebote im medizinischen Arbeitsschutz – Bestandsaufnahme. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Sonderschrift der BAuA. Nr. 52.
- Hasselhorn, H.M., Bosselmann, T.H., Hofmann, F., Michaelis, M. & Scheuch, K. (2003). Psychosoziale Faktoren und betriebsärztliche Tätigkeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BAuA, 1005
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (Hrsg.) (2003). Arbeit und Gesundheit. Spezial 12. Grundsätze der Prävention. Sankt Augustin: Eigenverlag.

- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (Hrsg.) (2000) Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – Bilanz und Perspektiven am 28. September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn. Tagungsband. Verfügbar unter: [http://www.hvbg.de/d/pages/service/download/bgz\\_rep/pdf/forum1.pdf](http://www.hvbg.de/d/pages/service/download/bgz_rep/pdf/forum1.pdf)
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), Bundesverband der Unfallkassen (BUK), Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2001). Erstkommentierung des Sozialgesetzbuches - Neuntes Buch - (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Sankt Augustin: SZ-Druck
- Heeg, F.J., Sperga, M., & Veismann, M. (2002). Kooperation von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften - Untersuchung und Umsetzungskonzept für Kleinbetriebe. Forschungsberichte der BAuA, Band 945. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Heine, W. (2003). Die reha-vernetzte Gesundheitssicherung. Vortrag anlässlich des MEDVANTIS-Kongresses „Zukunftssicherung im Gesundheitswesen“ am 24. und 25. Januar 2003 in Berlin.
- Heipertz, W. (2003). Der medizinische Sachverständige, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 99, S. 88-93.
- Hemmer, E. (1998). Unternehmensbefragung: Arbeit- und Gesundheitsschutz. Köln: IDW.
- Heuchert, G. et al. (1996). Anforderungen an ein zeitgemäßes Gesundheits-Monitoring-System. In: U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verkoyen (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Betrieb (Tagungsbericht 74) (S. 458-478). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW..
- Hien, W. & Schulz, Th. (1998). Professionslogiken und Kooperationserfordernisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: G. Marstedt & R. Müller (Hrsg.). Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 103-133.
- Hien, W. (2004). Mobbing: Wie kann der Betriebsarzt helfen? Erwartungen aus Arbeitnehmersicht. DGB-Thema. 2. S. 19-21.
- Hofmann, F., Reschauer, G. & Stöbl, U. (Hrsg.) (2003). Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Freiburg: edition FFAS.

Hüllen, B. (1999). BKK-Fallmanagement. Tagungsbericht. Die BKK, 1, S. 48-51.

Industriegewerkschaft Metall (IG Metall) (Hrsg.) (2002). Gesünder arbeiten. Betriebsärztliche Betreuung und Mitwirkung des Betriebsrats. Arbeitshilfe 11. Frankfurt/M.

Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie (ASER) (1999). Arbeits- und Gesundheitsschutz planbar machen! (1. ARGEPLAN-Broschüre). Wuppertal: ASER-Eigenverlag.

International Labour Organisation (ILO) (2002). Leitfaden zum Management von Behinderung am Arbeitsplatz - (Code of practice on managing disability in the workplace) - . Arbeitsübersetzung aus der englischen in die deutsche Sprache. Verfügbar unter: <http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/download/code.pdf> vom 05. Mai 2004.

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (2002). Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration. Manuskript.

Jörgens, K. (1999). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte. Schauplatz Rehabilitationsklinik. In: BAuA (Hrsg.). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95. S. 38-46.

Kaiser, V. (2003). Spezielles Berufsgenossenschaft-Management: Einbindung des Betriebs- und Werksarztes in die Rehabilitation Unfallversicherter. Die Berufsgenossenschaft, 4, S. 148-153.

Kämpfe, K. (2003). Vertragsärzte: Lotsen in der Rehabilitation zwischen stationären und ambulanten Strukturen? DVfR-Fachseminar Gesundheitsstrukturreform Chancen nutzen! Defizite beseitigen 23. und 24. Juni 2003 Fulda.

Kamps (2001). Grenzen betriebsärztlicher Tätigkeit. Ärzteblatt Baden-Württemberg, 3.

Karazmann, H., Geißler, I., Kloimüller F. & Winkler, N. (Hrsg.) (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Hamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung.

Karbe-Hamacher, S. (1994). Erfahrungen einer freiberuflich tätigen Arbeitsmedizinerin. Berlin: Wirtschaftsverlag NW.

Karbe-Hamacher, S. (2000). Der Betriebsarzt: Kooperationspartner bei der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. In: BAuA (Hrsg.). Prävention arbeitsbedingter Ge-

sundheitsgefahren und Erkrankungen – eine gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und des Hausarztes sowie der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 108, S. 49-56.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (o.J.). Informationstechnologie in ärztlichen Kooperationen. ([http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hauptgeschaeftsstelle/05/07/-content\\_html?bereich=aerzte&stelle=hauptgeschaeftsstelle&idd1=hauptgeschaeftsstelle&idd2=05](http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hauptgeschaeftsstelle/05/07/-content_html?bereich=aerzte&stelle=hauptgeschaeftsstelle&idd1=hauptgeschaeftsstelle&idd2=05)).

Kellermann, K. (2000). Bedarfsermittlung von aktuellen Fortbildungsthemen aus der Sicht von Betriebsärzten. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Forschungsbericht der BAuA. 901.

Kentner, M. (1999). Praktische arbeitsmedizinische Tätigkeit: Kundenerwartung. In: Workshop "Aufwand-Wirksamkeit betriebsärztlicher Tätigkeit" am 30. Juni 1999, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg. Zusammengestellt von Frau Dr. med. Ulrike Pfeifer. April 2000.

Kentner, M. (2002). Unternehmenskultur und Arbeitszufriedenheit. Kostenthema der Zukunft. Impulse, 4.

Kentner, M. (2003). Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: B. Badura & Th. Hehlmann (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin: Springer. S. 261-266.

Kliemt, G. & Voullaire, E. (2003). Tätigkeitsspektrum und Rollenverständnis von Betriebsärzten in Deutschland. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BAuA, 5131.

Kliemt, G., Wienold, L., Barth, Chr., Dörr, R., Glomm, D., Khan, A., Korus, H.A., Scheuch, K. & Voullaire, E. (2003). Effektivität und Effizienz der betriebsärztlichen Betreuung in Klein- und Mittelbetrieben – vergleichende Bewertung von alternativen Betreuungsstrategien und Regelbetreuung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Forschungsprojekt. 5188.

Koerdt, A. (2001). Case Management und Systemsteuerung. Managed Care, 7, I, S. 40-42.

Konietzko, J. & Dupuis, H. (Hrsg.) (o.J.). Handbuch der Arbeitsmedizin. Ergänzbare Sammlung. Ecomed.

- Krämer, K. (2001). Produktives Altern im Betrieb: Handlungsansätze, Konzepte und Modelle. In: Leistungsfähigkeit erhalten – Gesund im Betrieb. Dokumentation zur Informationsveranstaltung des Quatro-Projektes TransALT in Zusammenarbeit mit der AOK Westfalen-Lippe Dortmund: Vervielfältigung. S. 42-53.
- Kühn, H. (2001). Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politischökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses Berlin. WZB-Diskussionspapier.
- Kuhn, K. (2004). Gesundheit im Betrieb rechnet sich. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) Verfügbar unter: [www.baua.bund.de](http://www.baua.bund.de) vom 05. Mai 2004.
- Lamnek, S. (2003). Qualitative Sozialforschung. Bd. 1. Methodologie. München: PVU.
- Landschaftsverband Rheinland – Hauptfürsorgestelle – (Hrsg.) (1999). Die Schwerbehindertenvertretung. Köln: Rheinland-Verlag GmbH.
- Landschaftsverband Rheinland - Integrationsamt - (Hrsg.) (2001). Das Integrationsamt – Partner für Arbeitgeber und behinderte Menschen im Beruf. Pulheim: Rheinland-Verlag.
- Landschaftsverband Rheinland - Integrationsamt – (Hrsg.) 2004. Behinderte Menschen im Beruf - Info 2004 zum Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX). Verfügbar unter: [http://www.rwth-aachen.de/zentral/dl\\_Info\\_2004\\_Aender\\_SGB\\_IX.pdf](http://www.rwth-aachen.de/zentral/dl_Info_2004_Aender_SGB_IX.pdf) vom 05. Mai 2004.
- Langhoff, T., Schulze, K.-H., Lang, B. & Saßmannshausen, A. (2004). Informationsmanagement für Sicherheit und Gesundheit in lernenden Organisationen. Forschungsbericht der BAuA, 1008. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Lehnert, G. & Valentin, H. (2000). Arbeits- und Betriebsmedizin zwischen Selbstverantwortung und Fremdbestimmung. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 35, 1, S. 14-20.
- Lenhardt, U. (1999). Krankenkassen und Betriebliche Gesundheitsförderung. Berlin: Ed. Sigma.
- Lenhardt, U. (2001). Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health WZB.

- Lenhardt, U. (2003). Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale. Bericht für die Expertenkommission „Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh und der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Lenhardt, U., Elkeles, Th. & Rosenbrock, R. (1997). Betriebsproblem Rückenschmerz. Weinheim: Juventa.
- Lenhardt, U., Rosenbrock, R. & Elkeles, Th. (1996). Bedingungs- und Akteurskonstellation für Gesundheitsförderung im Betrieb. Berlin: WZB-Papers.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mall, G. (1996). Qualitätszirkel in der Wirtschaft – allgemein Ziele und Beziehungen zu den Aufgaben des Betriebsarztes. In: BAuA (Hrsg.). Betriebsarzt als Moderator von Zirkel und Problemlösegruppen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 9. S. 28-34.
- Marschall, B. (1999). Rolle des Betriebsarztes bei der Wiedereingliederung von Leistungsgewandelten. In: BAuA (Hrsg.). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95. S. 21-32.
- Marstedt G. & Müller R. (Hrsg.) (1998). Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Marstedt, G. et al. (1993). Gesundheit und Lebensqualität. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Angestelltenkammer.
- Mayring, Ph. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Dt. Studien-Verlag.
- Mehrhoff, F. (2000). Vernetzte Rehabilitation am Beispiel des Managements nach einem Unfall. Rehabilitation. 39, S. 231-236.
- Mehrhoff, F. (2003). Die Vergütung des medizinischen Sachverständigen im Spannungsfeld zwischen rechtlicher Verpflichtung und wirtschaftlichen Zwängen – Vergütungssysteme der einzelnen Leistungsträger. Med Sach, 99, 3, S. 77-80.

- Mehrhoff, F. (Hrsg.) (2004). Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Mensch in das Arbeitsleben. Stuttgart: Genter.
- Meyer, P. & Denz, M.D. (2000). Sozialer Wandel der Arztrolle und der Ärzteschaft durch Managed Care in der Schweiz. *Gesundheitswesen*, 62, S. 138–142.
- Michaelis, M., Siegel, W. & Hofmann, F. (2001). Psychische und emotionale Faktoren des Arbeitserlebens als Gegenstand betriebsärztlicher Praxis im Krankenhaus. *Gesundheitswesen*, 63, S. 22-28.
- Mohr J. & Schubert Chr. (Hrsg.) (1998). *Arzt 2000. Perspektiven und Problem einer Reform der Mediziner Ausbildung*. Berlin: Springer.
- Müller, H. (2000). *Der Gesundheitsbaukasten*. Gmünder Ersatzkasse. Eigenverlag.
- Müller, R. (1992). Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinischen Betreuung. In: L.F. Neumann (Hrsg.). *Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell. Beiträge aus der Praxis* (S. 81-99 ). Köln: Bund Verlag.
- Netzold, D. (1998). Erfahrungsbericht „Medizinstudium“. In: J. Mohr & Chr. Schubert (Hrsg.). *Arzt 2000. Perspektiven und Problem einer Reform der Mediziner Ausbildung*. Berlin: Springer. S. 28-34.
- Neuderth, S., Vogel, H., Mehrhoff, F. & Weber-Falkensammer, H. (2002). Qualitätssicherung in den Kliniken zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung der Unfallversicherung. *Die Berufsgenossenschaft* 2, S. 72-79.
- Niehaus, M., Schmal, A. & Heinrich, T. (2000). Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/innen in der Deutschen Automobilindustrie. Bonn: BMAS-Forschungsbericht Nr. 291.
- Panter, W. (2002). Drogenkonsum in der Arbeitswelt: Erfahrungen mit dem Drogenscreening. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 37, 6, S. 285-289.
- Petermann, F., Pöschke, A., Deuchert, M., Vogel, H. & Seger, W. (1999). Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Eine Interviewstudie an niedergelassenen Ärzten. *Präv.-Rehab.* 6, 2, S. 47-55.
- Pfaff, H. (1999). Zielparameter zur Erfassung des quantitativen und nicht-quantitativen Nutzens betriebsärztlicher Tätigkeit. Erfassung der Zielerreichung. In: Workshop "Aufwand-Wirksamkeit betriebsärztlicher Tätigkeit" am 30. Juni 1999. Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg. Zusammengestellt von Frau Dr. med. Ulrike Pfeifer. April 2000.



- Pfaff, H. (2002). Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Köln: Abt. Med. Soziologie der Uni Köln, Manuskript.
- Piechowiak H. & Madaus W.-P. (2000). Vorgehen und Management des MDK bei Arbeitsunfähigkeit. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 35, S. 439–442.
- Piechowiak H. & Nafziger, W. (2000). Fallmanagement und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit. *Gesundheitswesen*, 62, S. 4-8.
- Pröll, U. (1998). Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Beiträge aus der Forschung. Bd. 104. Dortmund (Sfs).
- Pröll, U. (1998a). Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt. Wege zu einem milieugerechten Leitbild. *Arbeit*, 3, 7, S. 219-237.
- Pröll, U. (2001). Prävention im Kleinbetrieb: Netzwerkgestützte Förderung eines pragmatischen Managements von Gesundheit und Sicherheit - Erfahrungen und konzeptionelle Schlussfolgerungen aus jüngeren Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten. In: DLR-Projekträger des BMBF „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen“ (Hrsg.): „Arbeitsschutz im Wandel. Neue Wege – Anregungen – Projekte“, Bonn 2001, S. 42-53.
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V in der Fassung vom 01.12.2003 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 61 (S. 6501) vom 02. März 2004.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven. Berlin.
- Römer, B. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik – ein neuer Interventionstypus?. *Arbeit & Ökologie Briefe*, 4.
- Rosenbrock, R. & Lenhardt, U. (1999). Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik. Gütersloh: Bertelsmann.
- Rüdiger, H.W. (2000). Arbeitsmedizin in der Arbeitswelt der Zukunft. *Arbeitsmed. Soz. med. Umweltmed.* 35, 4, 168-175.
- Schian, H.-M. & Laschet, U. (2000). Ad-hoc-Arbeitsausschuss “Sozialmedizinische Begutachtung” legt Ergebnispapier vor. *Rehabilitation*, 39, S. 242-244.

- Schian, H.-M. (1999). Gezielte Rehabilitation durch besondere Verfahren. In: BAuA (Hrsg.). Zukunft der Arbeit – auch für Leistungsgewandelte: Effiziente berufliche Rehabilitation als gemeinsame Aufgabe des Betriebsarztes und seiner Partner. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Tb. der BAuA, 95. S. 32-38.
- Schian, H.-M. (2000). Der runde Tisch – Zusammenfassung regionaler Kompetenz als lernendes System für Prävention und Rehabilitation. In: A. Schröder (Hrsg.). Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 65-71.
- Schillings, K. (Hrsg.) (2004). Sozialrecht-Online. SGB IX umsetzen. Verfügbar unter: [http://www.anhaltspunkte.de/zeitung/zeitung/2004\\_2.pdf](http://www.anhaltspunkte.de/zeitung/zeitung/2004_2.pdf) vom 07. März 2004.
- Schmid, K. (2000). Sozialmedizinische Beratung von arbeitsunfähigen Beschäftigten – eine Aufgabe (auch) für den Betriebsarzt. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 35, 7, S. 324-329.
- Schmitthenner, H. (2000). Eckpunkte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebsärztliche Betreuung. Erwartungen der IG Metall an die zukünftige betriebsärztliche Betreuung. Manuskript.
- Schmitthenner, H. (Hrsg.) (1998). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Schneider, A. & Szecsenyi, J. (2002). Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität? Z. Allg. Med., 78, S. 393–397.
- Schubmann, R. (2003). Modellprojekt Sektorenübergreifende integrierte regionale Versorgung im Gesundheitswesen. Manuskript.
- Schulte, A., Ritter, A. & Rentzsch, M. (2003). Betriebsärztliche Betreuung von Handwerksbetrieben – Modelle und deren Bewertung. Forschungskurzbericht der BAuA.
- Seidel, H. J., Neuner, R. & Schochat, Th. (2003). Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation – eine Befragung von Betriebsärzten in Baden-Württemberg. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 38, S. 228–234.
- Seiler, K. (2004). Synergien durch Kooperationsnetzwerke im Bereich 'Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit' ? In: Institut ASER: aser:info, Nr. 3. S. 30-38. Wuppertal: ASER-Eigenverlag.

- Seyd, W. (2002). Beschäftigungsfähigkeit als zentrale Kategorie beruflicher PR und RE. In: IQPR (Hrsg.). Beschäftigungsfähigkeit fördern. Prävention und Rehabilitation im Unternehmen. Tagungsdokumentation.
- SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Textausgabe (2003). München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Siegemund, B. (2003). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Praxis aus Sicht der BGW. In: F. Hofmann, G. Reschauer & U. Stöbl (Hrsg.). Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Freiburg: edition FFAS. S. 81-84.
- Siegrist, J. (1995). Medizinsoziologie. Ein Lehrbuch. München: Urban & Fischer.
- Sladeczek, F. (2001). Wirtschaftlicher Druck beeinträchtigt Zusammenarbeit mit Kassenärzten. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 36, 7, S. 356.
- Slesina, W. (1994). Gesundheitszirkel. Der Düsseldorfer Ansatz. In: G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: VAP. S. 25-37.
- Steger, R. (2003). Netzwerkentwicklung im professionellen Bereich dargestellt am Modellprojekt REGINE und dem Beraternetzwerk zetTeam. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Stöbl, U. (1998). Konzepte der Qualitätssicherung in der Arbeitsmedizin. In: H. Schmitthenner (Hrsg.). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 79-97.
- Tempel, J. (1994). Prävention in der hausärztlichen Vertragspraxis. Probleme, Möglichkeiten und ein praktischer Versuch. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Schriftenreihe „Gesundheit – Arbeit – Medizin“ Band 17.
- Tielsch, R., Saßmannshausen, A. & Seiler, K. (1999). Arbeits- und Gesundheitsschutz im Wandel. In: Institut ASER. Arbeits- und Gesundheitsschutz planbar machen! Wuppertal: Eigenverlag. S. 6-15.
- Triebig, G., Kentner, M. & Schulz, R. (Hrsg.) (2003). Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Trube, Achim & Luschei, Frank (2000). Entwicklungs- und Vermittlungs-Assistenz (EVA) - Ein Instrument zur Wiedereingliederung Langzeitarbeitsloser. Abschlussbericht über die Evaluation des Projekts „Entwicklungs- und Vermittlungs-Assistenz (EVA)“ im Auftrag des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (ZPE-

- Schriftenreihe Nr. 7). Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE)
- Unfallkasse Baden-Württemberg (2002). Der Betriebsarzt im Konflikt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Patientenschutz. Karlsruhe: Info-Verlag.
- Urban, H.-J. (1998). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Einführung in das Thema. In: H. Schmitthenner (Hrsg.). Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 13-21.
- VDBW (2001). Leitlinien des VDBW zur betriebsärztlichen Betreuung von KMU. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 36,3, S. 136-139.
- VDBW (2001a). Mitgliederbefragung. Zu Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung. Manuskript.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2003). 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation im Gesundheitssystem vom 10. bis 12. März 2003 in Bad Kreuznach. Tagungsband. DRV Schrift, 40. Frankfurt/M.: DRV.
- Weber, S. (Hrsg.) (2002). Vernetzungsprozesse gestalten: Erfahrungen aus der Beraterpraxis mit Großgruppen und Organisationen. Wiesbaden: Gabler.
- Wehrmann, W. & Diepgen, T.L. (2003). Das Hautarztverfahren an der Schnittstelle zwischen Dermatologie und Arbeitsmedizin. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 35, 5, S. 288-291.
- Weinreich, I. (2003). Gesundheit als Bestandteil der betrieblichen Investitionsplanung. In: Institut für Gesundheitsbildung, Gesundheitsmanagement und Personalentwicklung (IfG) (Hrsg.). Gesundheit: Sicheres Investieren?. Verfügbar unter: [www.gesundheitsmanagement.de](http://www.gesundheitsmanagement.de) vom 27. August 2003.
- Weinsheimer, L. (1999). Einfluß der Qualität des Betriebsarztes auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis. In: Workshop "Aufwand-Wirksamkeit betriebsärztlicher Tätigkeit" am 30. Juni 1999. Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg. Zusammengestellt von Frau Dr. med. Ulrike Pfeifer April 2000.
- Westebbe, P.W. (1998). Ärzte im Netz. Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland. Im Auftrag von Janssen-Gilag. Neuss: Eigenverlag.

- Westebbe, P.W. (2000). Woran kranken die Praxisnetze? Probleme und Konflikte vernetzter Praxen in Deutschland. *Managed Care*, 3, S. 21-23.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (Hrsg.) (1994). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: VAP.
- Wiechmann, M. (2003). Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 38, S. 336-339.
- Wienold, L. (1999). Der Betriebsarzt als kundenorientierter Präventionsdienstleister. In: BAuA (Hrsg.) *Zugangswege zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben - Informationsveranstaltung vom 20. März 1999*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Fb. der BAuA, 97. S. 92-112.
- Wienold, L. (2000). Moderne Strategien einer bedarfsangepassten betriebsärztlichen Betreuung. In: BAuA (Hrsg.). *Betriebsärztliche Betreuung im Wandel*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 90-123.
- Wunderlich, J. (1995). *Die Rechtsstellung des Betriebsarztes. Der angestellte Betriebsarzt im Spannungsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat*. Berlin: Schmidt.
- Zamora, P., Badura, B., Knesebeck, O.v.d., Wilking, P. & Siegrist, J. (2000). Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.). *Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben des Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW*. Düsseldorf: Eigenverlag. S. 6-26.
- Zschesche, W. (2000). Aufgaben eines Arztes bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 35, 11, S. 542-551.

## **9 Anhang**

**Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis**

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASER	Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e.V. (ASER)
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAPRO	Basisuntersuchungsprogramm der BAuA
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz
BKK	Betriebskrankenkasse
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BUK	Bundesverband der Unfallkassen
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
GKVen	Gesetzliche Krankenversicherungen
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ILO	International Labour Organization
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
IQPR	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KOPAG	Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit
Melba	Merkmalsprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
SGB	Sozialgesetzbuch
UVV	Unfallverhütungsvorschriften
VDBW	Verband der deutschen Betriebs- und Werksärzte

**Anhang 2: Im Anhang 1 des Angebots formulierten Fragestellungen („Fragen des Ministeriums“)**

**1 Betriebe**

- 1.1 Wie lässt sich die Bereitschaft der Betriebe an der Weiterbeschäftigung gesundheitlich angeschlagener, in der Regel älterer Mitarbeiter erhöhen?  
Welche Instrumente werden genutzt (z. B. stufenweise Wiedereingliederung)?
- 1.2 Welche Möglichkeiten werden gesehen, sich gezielt an der Identifikation von potenziellen Rehabilitanden zu beteiligen?
- 1.3 Wie lässt sich die Bereitschaft der Betriebe (unterschiedlicher Größe und Struktur) erhöhen, sich in vernetzte Strukturen einbinden zu lassen?
- 1.4 Welche Formen der Zusammenarbeit von Betriebsleitung/Vorgesetzten, Personal- und Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretungen und evtl. Betriebsärzten lassen sich entwickeln?
- 1.5 Könnte eine solche institutionalisierte Zusammenarbeit Gegenstand von Integrationsvereinbarungen sein?
- 1.6 Lassen sich Instrumente entwickeln, um möglichst kurzfristig Möglichkeiten der Arbeitsplatz(um)gestaltung, zur Änderung von Arbeitsabläufen, des Einsatzes technischer Hilfen usw. abzuklären?
- 1.7 Welche betrieblichen Indikatoren lassen sich finden, die eine betriebsübergreifende Zusammenarbeit fördern oder behindern?
- 1.8 Sind Kammern und Innungen zu Mitarbeit und Engagement bereit?
- 1.9 Wie können die Betriebsärzte in vernetzte Strukturen eingebunden werden?

**2 Besonderheiten im öffentlichen Dienst**

- 2.1 Welche Besonderheiten ergeben sich für die unter 1. genannten Fragestellungen bezogen auf den Bereich des öffentlichen Dienstes?

**3 Arbeitnehmer/innen**

- 3.1 Wie ist die persönliche Einstellung der potenziellen Rehabilitanden zur (präventiven) Einleitung entsprechender Maßnahmen?
- 3.2 Wie können Vorbehalte und Ängste ausgeräumt werden, sich als gesundheitlich eingeschränkt erkennen zu geben?
- 3.3 Welche Rolle kann die Schwerbehindertenvertretung hierbei übernehmen?
- 3.4 Welche Rolle können Selbsthilfeorganisationen hierbei übernehmen? Welche



die Integrationsämter?

3.5 Wie ist bis zu einer Einwilligung der Betroffenen Datenschutz sicherzustellen?

#### **4 Rehabilitationsträger**

4.1 Welche Ansatzpunkte gibt es, um § 11 Abs. 1 und 2 SGB IX umzusetzen?

4.2 Welche Möglichkeiten werden gesehen, sich gezielt an der Identifikation von potenziellen Rehabilitanden zu beteiligen?

4.3 Welche Verfahren zum gegenseitigen Informationsaustausch mit anderen Trägern sowie Dritten (z. B. Integrationsämter, Integrationsfachdienste, Handwerkskammern, Innungen) sind zu entwickeln und abzustimmen?

4.4 Wie kann ein regelmäßiger Informationsaustausch institutionalisiert werden?

4.5 Gibt es Erfahrungen hierzu mit routinemäßigen Praktiken der Berufsgenossenschaften und einzelner Krankenkassen, die allgemeingültig übertragbar sind?

4.6 Können evtl. die Servicestellen die Umsetzung der zu entwickelnden Vereinbarungen sicherstellen.

4.7 Welcher Zeitaufwand und damit verbunden Kosten sind zu veranschlagen?

4.8 Wer erstellt mit welcher Verbindlichkeit für die anderen Beteiligten notwendige Gutachten?

#### **5 Niedergelassene Ärzte**

5.1 Wie können Hausärzte/Fachärzte in das Verfahren eingebunden werden?

5.2 Besteht bei Hausärzten/Fachärzten die Bereitschaft, sich in vernetzte Strukturen einbinden zu lassen? Ggf. unter welchen Bedingungen?

5.3 Welche Vergütungsmöglichkeiten sind ggf. vorsehen?

**Anhang 3: Interviewleitfaden für die qualitativen Befragungen****Datenlage**

- a) Welche relevanten Frühwarnzeichen gibt es zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation (Welcher Informationen bedarf es zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation?)
- b) Welche Instrumente gibt es zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation und welche stehen den Akteuren zur Verfügung? (Welche Möglichkeiten gibt es, sich an der Identifikation der potenziellen Rehabilitanden zu beteiligen?)
- c) Welchen Akteuren sind diese Frühwarnzeichen (die jeweiligen Indikatoren) bekannt und zugänglich?
- d) Welche Erkenntnisse können/müssen von den niedergelassenen Ärzten in die vernetzten Strukturen zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation eingebracht werden?
- e) Wer erstellt mit welcher Verbindlichkeit für alle Beteiligten die notwendigen Gutachten?

**Bereitschaft/Motivation**

- a) Wie ist die Motivation der einzelnen Akteure zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation?
- b) Wie groß ist die Motivation der Betriebe, sich in vernetzte Strukturen zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation einbinden zu lassen?
- c) Besteht eine Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte, sich in vernetzte Strukturen zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation einbinden zu lassen und wenn ja, unter welchen Bedingungen?
- d) Sind Kammern/Innungen zur Mitarbeit bei der frühzeitigen Prävention und Rehabilitation bereit?
- e) Wie groß ist die Bereitschaft der Betriebe an der Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter und welche Instrumente gibt es für die Weiterbeschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter?

**Formen der Zusammenarbeit**

- a) Welche Inhalte und welche Leistungen können die verschiedenen Akteure zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation initiieren und erbringen?
- b) Welche Formen der Zusammenarbeit zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation gibt es zwischen Arbeitgeber/BR/Schwerbehindertenvertretungen und betriebsärztlichen Diensten und was ist dabei zu berücksichtigen?
- c) Wie ist die Einbindung von betriebsärztlichen Diensten in vernetzte Strukturen?
- d) Wie können Hausärzte/Fachärzte in die Diagnostik- und Rehabilitationsverfahren eingebunden werden?

- e) Welche Verfahren gibt es weiterhin zum gegenseitigen Informationsaustausch zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation mit anderen Rehabilitationsträgern sowie Dritten (Wie sollte ein regelmäßiger Informationsaustausch bei der frühzeitigen Prävention und Rehabilitation aussehen und was sollte dieser mindestens beinhalten?)
- f) Gibt es Erfahrungen mit routinemäßigen Praktiken der Berufgenossenschaften und Krankenkassen, die übertragbar sind?
- g) Betriebliche Indikatoren/Motive, die - betriebsüberschreitende - Zusammenarbeit zur frühzeitigen Prävention und Rehabilitation fördern/behindern?
- h) Ist eine Institutionalisierung des regelmäßigen Informationsaustausches möglich? Könnte diese Gegenstand von Integrationsvereinbarungen sein?
- i) Welche Formen der Vergütung gibt es für Hausärzte/Fachärzte für deren Diagnostik- und Rehabilitationsverfahren?

### **Arbeitnehmerperspektive**

- a) Welche Einstellung zur präventiven Einleitung von Maßnahmen haben potenzielle Rehabilitanden?
- b) Wie können Vorbehalte und Ängste von Arbeitnehmern ausgeräumt werden, sich als gesundheitlich eingeschränkt erkennen zu geben?
- c) Welche Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang Fragen des Datenschutzes zu?

### **Rolle der Arbeitnehmervertretung/Schwerbehindertenvertretung**

Welche Rolle spielen Schwerbehindertenvertretungen, Selbsthilfeorganisationen und Integrationsämter?

**Anhang 4: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Personalverantwortlichen in den Betrieben**

Aufgeführt ist der Text des CATI-Programms von INFRATEST. Alle INFRATEST-spezifischen Angaben wurden aus dem Programmcode herausgelöscht!

Wir führen im Auftrage des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und der IMBA Consulting GmbH eine Befragung zur Thematik betrieblicher Gesundheitsförderung, Kooperation und Vernetzung durch.

Alle Antworten werden selbstverständlich anonym ausgewertet, so dass keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihren Betrieb möglich sind.

Die Befragung richtet sich an Sie, als dem Personalverantwortlichen in ihrem Betrieb. Wir möchten Sie bitten, die Fragen nicht aus ihrer persönlichen Perspektive, sondern aus der Perspektive des Betriebes zu beantworten!

Wenn ihr Betrieb Teil eines Großunternehmens ist und/oder einer Unternehmensgruppe angehört, so beantworten Sie bitte die Fragen so, wie Sie für ihren Teil/ihre Arbeitsstätte zutrifft.

---

Q001 Funktion im Betrieb

Bitte geben Sie uns Ihre Funktion im Betrieb an. Sind Sie ...

	(8)	Karte 03 (6-7)
		SP
Der Arbeitgeber.....	1	
Der Personalverantwortliche.....	2	
Ein Personal-Sachbearbeiter.....	3	
(*04).....	4	
(*05).....	5	
(*06).....	6	
Sonstiges, und zwar:.....	7	
(*08).....	8	
*** Keine Angabe.....	9	

---

Q001s

Sonstige Funktion bitte angeben:

(9-11)

---

Q002 Öffentlicher Dienst?

Gehört diese Arbeitsstätte zur privaten Wirtschaft oder ist sie eine öffentliche Einrichtung, d.h. eine öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung oder eine andere Organisation ohne Erwerbszweck ?

	(12)	SP
Private Wirtschaft.....	1	
Öffentliche Einrichtung.....	2	GO TO ENDQ004
*** Weiß nicht/Keine Angabe.....	3	

---

Q003 Gesamtbeschäftigte

Wie viele Mitarbeiter arbeiten für Ihr gesamtes Unternehmen einschließlich aller Zweigstellen bzw. Niederlassungen ?

\*\*\*INT: „Weiß nicht/Keine Angabe“ = NULL

1 TO 9999999	_____	(13-19)
No answer.....		X

---

Q004 Arbeitsstätte?

Ist diese Arbeitsstätte die einzige des Unternehmens oder besitzt das Unternehmen mehrere Arbeitsstätten ?

- |                                  |      |               |
|----------------------------------|------|---------------|
|                                  | (20) | SP            |
| Ja, mehrere.....                 | 1    |               |
| Nein, nur eine.....              | 2    | GO TO ENDQ005 |
| *** Weiß nicht/Keine Angabe..... | 3    | GO TO ENDQ005 |
- 

Q005 Arbeitsstätten-Beschäftigte

Wie viele Mitarbeiter sind in dieser Arbeitsstätte beschäftigt, also nur hier in diesem Betrieb, in dem Sie selbst tätig sind ?

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1 TO 9999999   | _____ (21-27) |
| No answer..... | X             |
- 

Im weiteren Verlauf der Befragung beziehen wir uns ausschließlich auf diesen konkreten Betrieb bzw. diese Arbeitsstätte.

Wenn ihre Firma zu einem Unternehmensverbund gehört, so antworten Sie bitte so, wie es für diese Arbeitstätte zutrifft.

Q006 Welcher Branche gehört ihr Betrieb an ?

- |  |      |    |
|--|------|----|
|  | (28) | SP |
| Land- u. Forstwirtschaft.....  | 1    |    |
| Fischerei u. Fischzucht.....   | 2    |    |
| Bergbau u. Gewinnung von Steinen u. Erden.....                       | 3    |    |
| Verarbeitendes Gewerbe.....  | 4    |    |
| Energie- u. Wasserversorgung.....                                    | 5    |    |
| Baugewerbe.....  | 6    |    |
| Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz u. Gebrauchsgütern..... | 7    |    |
| Gastgewerbe.....   | 8    |    |
| Verkehr u. Nachrichtenübermittlung.....                              | 9    |    |
|  | (29) | SP |
| Kredit- u. Versicherungsgewerbe.....                                 | 0    |    |
| Grundst.-, Wohnungswesen, Vermietung bewegl. Sachen.....             | 1    |    |
| Öffentl. Verw., Verteidigung, Sozialversicherung.....                | 2    |    |
| Erziehung u. Unterricht.....   | 3    |    |
| Gesundheits-, Veterinär- u. Sozialwesen.....                         | 4    |    |
| Erbringung sonst. öffentl. u. pers. Dienstleistungen.....            | 5    |    |
| Private Haushalte.....   | 6    |    |
| Exterritoriale Organisationen u. Körperschaften..                    | 7    |    |
| (*18).....   | 8    |    |
| (*19).....   | 9    |    |
|  | (30) | SP |
| (*20).....   | 0    |    |
| (*21).....   | 1    |    |
| (*22).....   | 2    |    |
| (*23).....   | 3    |    |
| (*24).....   | 4    |    |
| (*25).....   | 5    |    |
| (*26).....   | 6    |    |
| Sonstige Branche, und zwar:.....                                     | 7    |    |
| (*28).....   | 8    |    |
| *** Keine Angabe.....  | 9    |    |
-

Q006S

Sonstige Branche bitte angeben:

(31-33)

---

Q007 Anteil befristet Beschäftigter

Wie groß ist der Anteil der Mitarbeiter, die einen BEFRISTETEN ARBEITSVERTRAG haben ?

\*\*\*INT: Anteil Mitarbeiter in Prozent:  
„Weiß nicht“ = DK/„Keine Angabe“ = NULL !!

0 TO 100 \_\_\_\_\_ (34-36)

---

Don't know.....Y  
No answer.....X

---

Q008 Anteil Behinderter

Wie groß ist der Anteil der Mitarbeiter mit einer ANERKANNTEN BEHINDERUNG im Betrieb ?

\*\*\*INT: Anteil Mitarbeiter in Prozent:  
„Weiß nicht“ = DK/„Keine Angabe“ = NULL !!

0 TO 100 \_\_\_\_\_ (37-39)

Don't know.....Y  
No answer.....X

---

Q009 Fehlzeitenrate

Wie hoch war in den vergangenen 12 Monaten die KRANKHEITSBEDINGTE FEHLZEITENRATE ihrer Mitarbeiter im Durchschnitt ?

\*\*\*INT: Fehlzeitenrate in Prozent:  
„Weiß nicht“ = DK/„Keine Angabe“ = NULL !!

0 TO 100 \_\_\_\_\_ (40-42)

Don't know.....Y  
No answer.....X

---

Q010A körperliche Belastung

Wie stark sind Ihre Beschäftigten durch die Arbeit und die Arbeitsbedingungen körperlich belastet ?

(43) SP

Sehr stark belastet.....1  
Stark belastet.....2  
Wenig belastet.....3  
Gar nicht belastet.....4  
\*\*\* Bereich gibt es nicht.....5  
\*\*\* Keine Angabe.....6

---

Q010B psychische Belastung

Wie stark sind Ihre Beschäftigten durch die Arbeit und die Arbeitsbedingungen psychisch belastet ?

(44) SP

Sehr stark belastet.....	1
Stark belastet.....	2
Wenig belastet.....	3
Gar nicht belastet.....	4
*** Bereich gibt es nicht.....	5
*** Keine Angabe.....	6

---

Q011 Berücksichtigung der Mitarbeiterbedürfnisse

Wie stark werden die gesundheitlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung und Personalplanung von ihrer Firma berücksichtigt ?

	(45)	SP
Sehr stark.....	1	
Stark.....	2	
Weniger stark.....	3	
Gar nicht.....	4	
*** Weiß nicht.....	5	
*** Keine Angabe.....	6	

---

Q012 Einschätzung der Gesundheit

Wenn Sie einmal die Gesundheit ihrer Mitarbeiter einschätzen sollten. Wie würden Sie diese Angeben ?

	(46)	SP
Sehr gut.....	1	
Gut.....	2	
Schlecht.....	3	
Sehr schlecht.....	4	
*** Keine Angabe.....	5	

---

Q013 Ansprechpartner Arbeitsgestaltung und Gesundheitsschutz

An wen wenden sich ihre Mitarbeiter, wenn Ihnen Mängel bezüglich der Arbeitsgestaltung und des Gesundheitsschutzes auffallen oder wenn Sie Anregungen zur Gesundheitsvorsorge haben ?

\*\*\*INT: Vorgaben bitte vorlesen - Mehrfachnennungen möglich !!

	(47)	MP
An den direkten Vorgesetzten.....	1	
An die Sicherheitsfachkraft.....	2	
An den Gesundheitsbeauftragten.....	3	
An die Schwerbehindertenvertrauensperson.....	4	
An den Personalverantwortlichen.....	5	
An den Betriebsarzt.....	6	
An den Ombudsmann.....	7	
An den Betriebsrat.....	8	
An den Betriebssozialarbeiter.....	9	
	(48)	MP
An die Hausverwaltung/den Haustechniker.....	0	
(*11).....	1	
(*12).....	2	
(*13).....	3	
(*14).....	4	
(*15).....	5	
An eine sonstige Stelle, und zwar:.....	6	
*** An niemanden, denn so wichtig sind diese Themen den Mitarbeitern nicht^s.....	7	
*** An niemanden, denn dafür sind die Mitarbeiter nicht zuständig^s.....	8	
*** Keine Angabe^s.....	9	

---



Q013S

Sonstige Stelle bitte angeben:

(49-51)

---

Erkrankungen von Arbeitnehmern hängen häufig mit den Arbeitsbedingungen zusammen. Wir möchten feststellen, ob das so ist und was man dagegen tun kann.

In manchen Firmen werden große Anstrengungen unternommen, Unfälle, Krankheiten und Beschwerden der Mitarbeiter zu verhindern, weil der Firma die Gesundheit der Belegschaft sehr wichtig ist.

---

Q014 Wichtigkeit der Mitarbeiter-Gesundheit

Wie ist das in ihrer Firma ? Wie wichtig ist ihrer Firma die Gesundheit der Mitarbeiter ?

	(52)	SP
Sehr wichtig.....	1	
Wichtig.....	2	
Wenig wichtig.....	3	
Gar nicht wichtig.....	4	
*** Keine Angabe.....	5	

---

Q015 Veranstaltungen des Gesamtbetriebes zur Gesundheitsförderung

In manchen Betrieben ist die Bedeutung von Gesundheitsförderung so groß, dass dies im Rahmen von Veranstaltungen mit der Gesamtbelegschaft erörtert und/oder diskutiert wird.

Hat es solche Veranstaltungen, wie z. B. Betriebsversammlungen, Gesundheitstage etc. in den vergangenen 12 Monaten bei ihnen gegeben und wie häufig war das ?

	(53)	SP
Einmal.....	1	
Zweimal.....	2	
3 bis 5 mal.....	3	
6 bis 10 mal.....	4	
Häufiger als 10 mal.....	5	
Gab es nicht/keinmal.....	6	
*** Keine Angabe.....	7	

---

Q016 betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung der Belegschaft kann ein Betrieb besondere Maßnahmen konzipieren und durchführen, wie z. B. Sportangebote, Abnehmkurse, Rückenschule, Kurse zur Raucherentwöhnung.

Wie viele solcher Angebote wurden bei ihnen in den vergangenen 12 Monaten durchgeführt ?

	(54)	SP
Eins.....	1	
Zwei.....	2	
3 bis 5.....	3	
6 bis 10.....	4	
Mehr als 10.....	5	
Keines.....	6	GO TO ENDQ017
*** Keine Angabe.....	7	GO TO ENDQ017

---



Q019 Kontakte zu anderen Betrieben

Hat es in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu anderen Betrieben in ihrer Region gegeben, bei denen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ thematisiert wurde ?  
Wenn ja, wie oft war dies ?

	(8)	Karte 05 (6-7) SP
Einmal.....	1	
Zweimal.....	2	
3 bis 5 mal.....	3	
6 bis 10 mal.....	4	
Häufiger als 10 mal.....	5	
Nein/gab es nicht.....	6	GO TO ENDQ020
*** Keine Angabe.....	7	GO TO ENDQ020

---

Q020 Kontakte zu Sonstigen

Bitte geben Sie uns an, ob es zu einem der folgend genannten Akteure in den vergangenen 12 Monaten Kontakte gegeben hat, bei denen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ in ihrer Firma thematisiert wurde.

	(9)	MP
Kammer/Innung.....	1	
Krankenversicherungsträger/Krankenkasse.....	2	
Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaft.....	3	
(*04).....	4	
(*05).....	5	
(*06).....	6	
Sonstige, und zwar:.....	7	
(*08).....	8	
*** Keine Angabe^s.....	9	

---

Q020S

Sonstiges bitte angeben:

(10-12)

---

Q021A Betriebsärztliche Betreuung?

Gibt es in ihrer Firma einen Betriebsarzt oder eine andere Form der betriebsärztlichen Betreuung, z. B. durch einen betriebsärztlichen Dienst oder ein Arbeitsmedizinisches Zentrum ?

	(13)	SP
Ja, gibt es.....	1	
Nein, gibt es nicht.....	2	GO TO ENDQ026
*** Keine Angabe.....	3	GO TO ENDQ026

---

Q021B Art der betriebsärztlichen Betreuung

Ist der Betriebsarzt Angestellter/Mitarbeiter ihrer Firma, wird die betriebsärztliche Betreuung durch ein Arbeitsmedizinisches Zentrum sichergestellt oder ist der Betriebsarzt ihrer Firma selbständig ?

\*\*\*INT: Nur eine Nennung !!

	(14)	SP
Betriebsarzt ist Angestellter/Mitarbeiter der Firma.....	1	
Betriebsärztliche Betreuung wird durch ein		

Arbeitsmedizinisches Zentrum sichergestellt.....2  
Betriebsarzt der Firma ist selbständig.....3  
\*\*\* Keine Angabe.....4

---

Q022 Häufigkeit der betriebsärztlichen Betreuung  
Können Sie angeben, wie oft der Betriebsarzt in etwa in ihrem Betrieb ist ? Nennen Sie bitte diejenige Kategorie, die am ehesten zutrifft !

(15) SP  
Täglich.....1  
Wöchentlich.....2  
Monatlich.....3  
Vierteljährlich.....4  
Halbjährlich.....5  
Jährlich.....6  
Weniger als einmal im Jahr.....7  
\*\*\* Weiß nicht.....8  
\*\*\* Keine Angabe.....9

---

Q022A Hat der BA ein Büro?  
Hat der Betriebsarzt ein eigenes Büro  
bzw. einen Raum in der Firma ?

(16) SP  
Ja.....1  
Nein.....2  
\*\*\* Keine Angabe.....3

---

Q022B Hat der BA feste Sprechstunden?  
Hat der Betriebsarzt feste Sprechzeiten ?

(17) SP  
Ja.....1  
Nein.....2  
\*\*\* Keine Angabe.....3

---

Q022C Hat der BA ein eigenes Telefon?  
Hat der Betriebsarzt ein eigenes Telefon ?

(18) SP  
Ja.....1  
Nein.....2  
\*\*\* Keine Angabe.....3

---

Q022D Hat der BA eine Postanschrift?  
Hat der Betriebsarzt eine eigenständige Postanschrift ?

(19) SP  
Ja.....1  
Nein.....2  
\*\*\* Keine Angabe.....3

---

Q022E Hat der BA eine eigene Emailadresse?  
Hat der Betriebsarzt eine Emailadresse ?

	(20) SP
Ja.....	1
Nein.....	2
*** Keine Angabe.....	3

---

Q022F Infomaterial über die Aufgaben des BA  
 Gibt es Informationsmaterial in ihrer Firma, in dem man nachlesen kann, wofür ihr Betriebsarzt zuständig ist ?

	(21) SP
Ja.....	1
Nein.....	2
*** Keine Angabe.....	3

---

FUELLQ22

\_\_\_\_\_ (22-26)

---

Q023 Angebote des Betriebsarztes  
 Gibt es besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von ihrem Betriebsarzt für die Belegschaft angeboten werden, wie z. B. Kurse zum richtigen Tragen/Heben, Raucherentwöhnungskurse, Rückenschule, Stressmanagement ?

Hierzu können auch besondere Beratungsangebote des Betriebsarztes gehören, z. B. zur Umgestaltung des eigenen Arbeitsplatzes und zur Verringerung von Belastungen durch Stress, Lärm etc. .

	(27) SP
Ja, die gibt es.....	1
Nein, die gibt es nicht.....	2
*** Keine Angabe.....	3

---

Q024 Konzeptgespräche  
 Eine systematische Gesundheitsförderung erfordert häufig eine enge Abstimmung zwischen dem Betriebsarzt und den Vertretern des Betriebes, um entsprechende Konzepte zu entwickeln.

Wie häufig hat es in den vergangenen 12 Monaten solche „Konzeptgespräche“ gegeben ?

	(28) SP
Einmal.....	1
Zweimal.....	2
3 bis 5 mal.....	3
6 bis 10 mal.....	4
Häufiger als 10 mal.....	5
Gab es nicht/keinmal.....	6
*** Keine Angabe.....	7

---

Q025 Wissen über die Aufgaben eines BA  
 In der Bundesrepublik Deutschland wissen die meisten Menschen nur relativ wenig über die spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten von Betriebsärzten. Wie ist das bei ihren Mitarbeitern ? Wie würden Sie die Kenntnisse der Belegschaft einschätzen ?

	(29) SP
Die Belegschaft weiß sehr gut Bescheid.....	1
Die Belegschaft weiß gut Bescheid.....	2
Die Belegschaft weiß nur wenig.....	3
Die Belegschaft weiß so gut wie gar nichts.....	4

Die Belegschaft weiß gar nichts.....5  
 \*\*\* Keine Angabe.....6

---

Q026 Einschätzung der Zusammenarbeit

In der Gesundheitspolitik wird darüber diskutiert, dass Betriebsärzte und Firmen noch stärker und noch enger zusammenarbeiten sollen, um gesundheitliche Gefahren und Beeinträchtigungen der Mitarbeiter besser und früher erkennen zu können. Hierdurch könnten notwendige Maßnahmen auch eher eingeleitet werden. Was halten Sie von einer stärkeren Zusammenarbeit ?

(30) SP  
 Finde ich sehr gut.....1  
 Finde ich gut.....2  
 Weiß nicht so recht.....3  
 Finde ich eher nicht gut.....4  
 Finde ich schlecht.....5  
 \*\*\* Keine Angabe.....6

---

Q027 Kontakte zu Hausärzten oder Orthopäden?

Hat es in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu HAUSÄRZTEN oder ORTHOPÄDEN ihrer Mitarbeiter gegeben, bei denen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ thematisiert wurde ?

(31) SP  
 Ja.....1  
 Nein.....2 GO TO ENDQ028  
 \*\*\* Keine Angabe.....3 GO TO ENDQ028

---

Q028A Kontakte zu wem?

Waren das Kontakte zu Hausärzten, zu Orthopäden oder zu beiden Gruppen ?

(32) SP  
 Hausarzt/Hausärzte.....1  
 Orthopäde/Orthopäden.....2  
 Beide Gruppen.....3  
 \*\*\* Keine Angabe.....4 GO TO ENDQ028

---

Q028B Häufigkeit der Kontakte zu Hausärzten

Wie oft hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakt zu HAUSÄRZTEN ?

(33) SP  
 Einmal.....1  
 Zweimal.....2  
 3 bis 5 mal.....3  
 6 bis 10 mal.....4  
 Häufiger als 10 mal.....5  
 \*\*\* Keine Angabe.....6

---

Q028C Häufigkeit der Kontakte zu Orthopäden

Wie oft hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakt zu ORTHOPÄDEN ?

(34) SP  
 Einmal.....1  
 Zweimal.....2  
 3 bis 5 mal.....3  
 6 bis 10 mal.....4  
 Häufiger als 10 mal.....5



Stimme gar nicht zu.....	4	4	4	4	4	4	4
*** Weiß nicht / Keine Angabe.....	5	5	5	5	5	5	5

In der Gesundheitspolitik wird aktuell darüber diskutiert, ob durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (z. B. Krankenkassen, Ärzte, Betriebe, Berufsgenossenschaften etc.) die Gesundheitsförderung gestärkt werden könnte. Hierzu lese Ihnen nun einige Aussagen bzw. Meinungen vor. Bitte sagen Sie mir, inwieweit Sie persönlich dieser Meinung zustimmen oder auch nicht zustimmen.

Q030 Durch eine verbesserte Kooperation ...  
Durch eine verbesserte Kooperation und Koordination der genannten Institutionen .....

Inwieweit stimmen Sie dieser Meinung zu ?

- 1- kann ein wirksamer Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden
- 2- reduzieren sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten
- 3- steigert sich die Produktivität des einzelnen Mitarbeiters
- 4- wird die betriebliche Personaldisposition vereinfacht
- 5- verbessert sich die Arbeitsmotivation der Mitarbeiter
- 6- steigert sich die Produktivität des Betriebes
- 7- verbessert sich der Eingliederungserfolg von erkrankten Mitarbeitern
- 8- werden unnötig Ressourcen (z. B. Personal, Zeit, Geld) gebunden
- 9- wird nur zusätzliche Bürokratie erzeugt

	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	
	6/8	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	SP
Stimme sehr zu....	1	1	1	1	1	1	1	
Stimme zu.....	2	2	2	2	2	2	2	
Stimme nicht zu...	3	3	3	3	3	3	3	
Stimme gar nicht zu.....	4	4	4	4	4	4	4	
*** Weiß nicht / Keine Angabe.....	5	5	5	5	5	5	5	

Q031 Von Gesundheitsnetzwerk gehört?  
Haben Sie schon einmal etwas von einem „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ gehört ?

	(29)	SP
Ja.....	1	
Nein.....	2	GO TO ENDQ034
*** Keine Angabe.....	3	GO TO ENDQ034

Q032 Gesundheitsnetzwerk in Firma?  
Gibt es in ihrer Firma ein „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ ?

	(30)	SP
Ja.....	1	
Nein.....	2	GO TO ENDQ034
*** Keine Angabe.....	3	GO TO ENDQ034



Q033 Wer gehört noch zu dem Netzwerk ?

	(31)	MP
Schwerbehindertenvertretung.....	1	
Andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc.....	2	
Hausärzte.....	3	
Betriebsarzt.....	4	
Betriebssozialarbeiter.....	5	
Orthopäden.....	6	
Krankenkassen.....	7	
Berufsgenossenschaft.....	8	
Rentenversicherungsträger.....	9	
	(32)	MP
Örtliche Servicestelle.....	0	
(*11).....	1	
(*12).....	2	
(*13).....	3	
(*14).....	4	
(*15).....	5	
(*16).....	6	
Sonstige, und zwar:.....	7	
(*18).....	8	
*** Keine Angabe^s.....	9	

Q033S

Sonstiges bitte angeben:

(33-35)

Q034 Kontaktname

Wir würden ihr Netzwerk gern näher kennenlernen und deshalb Kontakt mit ihnen aufnehmen. Gegenüber Dritten bleiben alle ihre persönlichen Angaben natürlich absolut anonym. Wären Sie grundsätzlich hierzu bereit ?

	(36)	SP
Ja.....	1	
Nein.....	2	

Zum Schluss lese ich Ihnen einige Aussagen vor, die sich auf die Meinungen und Einstellungen Ihrer MITARBEITER beziehen. Insofern gibt es auch keine „richtigen“ Antworten. Bitte überlegen Sie bei den einzelnen Aussagen nicht zu lange und sagen Sie mir, inwieweit diese Aussagen auf Ihre Mitarbeiter zutreffen.

>>>> Weiter mit jeder Taste >>>>

Q035 Meinungen und Einstellungen .....

Inwieweit trifft diese Aussage auf Ihre Mitarbeiter zu ?

- 1- Wenn Sie die Möglichkeit bekämen, würden die Mitarbeiter die Firma wechseln
- 2- Die Mitarbeiter verhalten sich sehr gesundheitsbewusst
- 3- Unter ihren Mitarbeitern lassen sich viele Probleme informell lösen
- 4- Die Vorgesetzten würdigen die Leistungen ihrer Mitarbeiter
- 5- Die Mitarbeiter kommen untereinander sehr gut klar
- 6- Die Mitarbeiter machen sich häufig Gedanken über Verbesserungen im Arbeitsprozess



**Anhang 5: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Mitarbeiter**

Der Original-Fragebogen von INFRATEST wurde optisch abgeändert, so dass sich einige kleine Änderungen gegenüber den versendeten Fragebögen ergeben. Inhaltlich wurden keinerlei Änderungen vorgenommen.



10. An wie vielen Arbeitstagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt am Arbeitsplatz gefehlt? Hierzu gehören auch die Tage, für die keine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung durch Ihren Arzt erforderlich war!

An keinem einzigen.....  1-134 Summe aller Tage 

--	--	--

 (135-137)  
Bitte eintragen!

11. An wen wenden Sie sich, wenn Ihnen Mängel bezüglich der Arbeitsgestaltung und des Gesundheitsschutzes auffallen oder wenn Sie Anregungen zur Gesundheitsvorsorge haben?  
HIER SIND MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH!

- An meinen direkten Vorgesetzten  1-140
- An die Sicherheitsfachkraft  1-141
- An den Gesundheitsbeauftragten  1-142
- An die Schwerbehindertenvertrauensperson  1-143
- An den Personalverantwortlichen  1-144
- An den Betriebsarzt  1-145
- An den Ombudsmann  1-146
- An den Betriebsrat  1-147
- An den Betriebssozialarbeiter  1-148
- An die Hausverwaltung/den Haustechniker  1-149
- An eine sonstige Stelle, und zwar (bitte eintragen):  
 1-150
- An niemanden, denn mir sind bisher keine Mängel aufgefallen  1-151
- An niemanden, denn so wichtig sind mir diese Themen nicht  1-152
- An niemanden.....  1-153

12. Haben Sie schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

- Ja .....  1-155
- Nein .....  2

13. Haben Sie eine anerkannte Berufskrankheit?

- Ja .....  1-156 +
- Nein .....  2

14. Kommt es vor, dass Sie sich mit Kollegen über die Verbesserung von Arbeitsschutzmaßnahmen unterhalten? Oder darüber, wie man die Arbeitsbedingungen positiv/gesundheitsförderlich verändern könnte? (Hierzu zählt z. B. auch die Verbesserung der Arbeitsorganisation, um Stress abzubauen oder bessere Lösungsmöglichkeiten bei Konflikten am Arbeitsplatz.) Wenn ja, wie oft haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten darüber unterhalten?

- |                            |                            |                            |                            |                            |                                |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Keinmal                    | Einmal                     | Zweimal                    | 3 bis 5 mal                | 6 bis 10 mal               | Häufiger als 10 mal            |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6-157 |

15. In manchen Firmen werden große Anstrengungen unternommen, um Unfälle, Krankheiten und Beschwerden der Mitarbeiter zu verhindern. Wie ist das in Ihrer Firma? Wie wichtig – glauben Sie – ist Ihrer Firma Ihre Gesundheit?

- Sehr wichtig  1      Wichtig  2      Wenig wichtig  3      Gar nicht wichtig  4-158

16. In manchen Firmen wird es begrüßt, wenn Arbeitnehmer Vorschläge zur Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung oder zur Verringerung von Risiken machen. Wie ist das bei Ihnen? Haben Sie selbst schon solche Vorschläge gemacht und wie oft war das in den letzten 12 Monaten?

- Keinmal  1      Einmal  2      Zweimal  3      3 bis 5 mal  4      6 bis 10 mal  5      Häufiger als 10 mal  6-159

17. Gibt es besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von Ihrer Firma angeboten werden, wie z. B. Kurse zum richtigen Tragen/Heben, Raucherentwöhnungskurse, Rückenschule?

- Ja, die gibt es .....  1-160 → weiter mit Fr. 19  
 Nein, die gibt es nicht .....  2  
 Weiß nicht, noch nichts davon gehört .....  3

18. Wenn es gesundheitsfördernde Maßnahmen gäbe, die von Ihrer Firma angeboten werden, würden Sie dann daran teilnehmen?

- Ja, ganz bestimmt  1      Ja, wahrscheinlich  2      Nein, wahrscheinlich nicht  3      Nein, ganz sicher nicht  4-161  
 weiter mit Fr. 21

19. An wie vielen verschiedenen gesundheitsfördernden Angeboten Ihrer Firma haben Sie in den vergangenen 12 Monaten teilgenommen?

- An keinem  1      An einem  2      An zwei  3      3 bis 5  4      6 bis 10  5      Mehr als 10  6-162

20. Wenn in Kürze wieder eine für Sie passende gesundheitsfördernde Maßnahme angeboten wird, würden Sie dann daran teilnehmen?

- Ja, ganz bestimmt  1      Ja, wahrscheinlich  2      Nein, wahrscheinlich nicht  3      Nein, ganz sicher nicht  4-163

21. Im Folgenden sind einige Maßnahmen aufgeführt, die häufig im Rahmen des betrieblichen Gesundheitswesens durchgeführt werden. Bitte geben Sie uns an, ob diese Maßnahmen in Ihrer Firma durchgeführt werden oder nicht.

	Ja	Vermutlich ja, davon wurde uns aber nichts mitgeteilt	Nein	Weiß nicht, noch nichts davon gehört
+				
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-170
Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-171

Gefährdungsbeurteilung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-172
Analyse der Fluktuation/der Kündigung von Mitarbeitern, die in andere Betriebe gewechselt sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-173
Führung von Rückkehrgesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-174
Gesundheitszirkel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-175
Weitervermittlung von Mitarbeitern an externe Kooperationspartner zur Ermittlung und ggf. Deckung eines Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-176
Spezielle Rückkehr-, Wiedereingliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit/Rehabilitation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-177
Integrationsvereinbarungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-178
Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-179
Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen z. B. zur Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-220
Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbegehungen zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-221
Gefährdungsbeurteilungen Ihres eigenen Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-222
Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von zukünftigen Unfällen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-223
Erstellung von Arbeitsunfähigkeits-Profilen der Gesamtbelegschaft z. B. durch die Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-224
Es gibt ein „Schwarzes Brett“ mit gesundheitlichen Themen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-225
Es gibt einen Informationsstander mit Materialien zur Gesundheitsförderung von Krankenkassen, der Berufsgenossenschaft etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-226
Es gibt ein Unternehmensleitbild, in dem „die Gesundheit der Mitarbeiter“ ein besonderes Thema ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-227

22. In der Bundesrepublik Deutschland wissen die meisten Beschäftigten nur relativ wenig über die spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten von Betriebsärzten. Wie würden Sie persönlich Ihre diesbezüglichen Kenntnisse einschätzen?

- 1 Ich weiß sehr gut Bescheid  
 2 Ich weiß gut Bescheid  
 3 Ich weiß einigermaßen Bescheid  
 4 Ich weiß nur wenig  
 5-228 Ich weiß nur sehr wenig

23. In der Gesundheitspolitik wird darüber diskutiert, dass Betriebsärzte und Firmen stärker und enger zusammenarbeiten sollen, um gesundheitliche Gefahren und Beeinträchtigungen der Mitarbeiter besser und früher erkennen zu können. Hierdurch könnten notwendige Maßnahmen auch eher eingeleitet werden. Was halten Sie davon?

- 1 Finde ich sehr gut  
 2 Finde ich gut  
 3 Finde ich eher nicht gut  
 4-229 Finde ich gar nicht gut

24. Gibt es in Ihrer Firma einen Betriebsarzt oder eine andere Form der betriebsärztlichen Betreuung, z. B. durch einen betriebsärztlichen Dienst oder ein Arbeitsmedizinisches Zentrum?

- Ja ..... 30  
 Nein .....  
 Weiß nicht, noch nichts davon gehört

} weiter mit Fr. 32

25. Können Sie angeben, wie oft der Betriebsarzt in etwa in Ihrem Betrieb ist? Bitte

kreuzen Sie diejenige Kategorie an, die am ehesten zutrifft!

- Täglich .....  1-231
- Wöchentlich .....  2 +
- Monatlich .....  3
- Vierteljährlich .....  4
- Halbjährlich .....  5
- Jährlich .....  6
- Weniger als einmal im Jahr .....  7
- Weiß nicht .....  8

26. Erreichbarkeit der betriebsärztlichen Betreuung

	Ja	Nein	Weiß nicht, noch nichts davon gehört
Hat der Betriebsarzt ein eigenes Büro/bzw. einen Raum in der Firma? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-235
Hat der Betriebsarzt feste Sprechzeiten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-236
Hat der Betriebsarzt ein eigenes Telefon? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-237
Hat der Betriebsarzt eine eigenständige Postanschrift? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-238
Hat der Betriebsarzt eine E-Mail-Adresse? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-239
Gibt es Informationsmaterial in Ihrer Firma, in dem man nachlesen kann, wofür Ihr Betriebsarzt zuständig ist? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-240

27. Betriebsärzte können oftmals Hinweise darauf geben, wie man mit der Arbeit zusammenhängende Krankheiten verhindern und die Gesundheit fördern kann, indem man z. B. Veränderungen am Arbeitsplatz vornimmt, sein Übergewicht reduziert, sich das Rauchen abgewöhnt oder die Ernährung umstellt. Wie ist das bei Ihnen? Wie oft haben Sie bereits mit Ihrem Betriebsarzt über gesundheitsfördernde Maßnahmen gesprochen?

- Noch nie

 1
- Selten

 2
- Gelegentlich

 3
- Häufig

 4
- Sehr häufig

 5-241

28. Gibt es besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von Ihrem Betriebsarzt angeboten werden, wie z. B. Kurse zum richtigen Tragen/Heben, Raucherentwöhnungskurse, Rückenschule, Stressmanagement? Hierzu können auch besondere Beratungsangebote des Betriebsarztes gehören, z. B. zur Umgestaltung des eigenen Arbeitsplatzes und zur Verringerung von Belastungen durch Stress, Lärm etc.

- Ja .....  1-242
- Nein .....  2
- Weiß nicht, noch nichts davon gehört  3

29. Wie häufig haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten mit Ihrem Betriebsarzt getroffen und dabei Dinge bezüglich Ihrer Gesundheit besprochen? (Die routinemäßige Einstellungsuntersuchung ist hier nicht gemeint!)

- Keinmal

 1
- Einmal

 2
- Zweimal

 3
- 3 bis 5 mal

 4
- 6 bis 10 mal

 5
- Häufiger als 10 mal

 6-243

↓  
weiter mit Fr. 32



30. Haben Sie mit Ihrem Betriebsarzt darüber gesprochen, dass Ihre Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit Ihrer Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?

- Nein .....  1-244 → weiter mit Fr. 32
- Ja, einmal .....  2
- Ja, mehrfach.....  3

31. Wer hat den möglichen Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung/den Beschwerden und Ihrer Arbeitstätigkeit zuerst angesprochen? Ging die Initiative von Ihnen oder Ihrem Betriebsarzt aus?

- Die Initiative ging von mir aus.....  1-245
- Die Initiative ging von meinem Betriebsarzt aus  2
- Weiß nicht mehr .....  3

32. Wahrscheinlich wäre es für die frühzeitige Erkennung von Beeinträchtigungen und die daran anschließende Einleitung von Maßnahmen notwendig, den Betriebsarzt von dessen Schweigepflicht zumindest teilweise zu entbinden. Was halten Sie grundsätzlich davon?

Zu einer Schweigepflichtentbindung des Betriebsarztes wäre ich eventuell bereit gegenüber ...

+	Ja	Ja, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen	Eher nein	Nein	Weiß nicht/keine Antwort
... der Firma .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-250
... meinem Hausarzt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-251
... meinem Orthopäden ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-252

33. Haben Sie einen Hausarzt, also einen Arzt Ihres Vertrauens, den Sie bei den allermeisten Krankheiten und Krankheitsanzeichen konsultieren? Oder gehen Sie bei den allermeisten Krankheiten oder Krankheitsanzeichen direkt zu einem „Spezialisten“? (Achtung: Hier sind **nicht** die Besuche bei eindeutig zuständigen Fachleuten, wie z. B. Zahnärzten oder Frauenärzten gemeint!) Welche der folgenden Aussagen trifft für Sie persönlich am ehesten zu?

- Bei den allermeisten Krankheiten und Krankheitsanzeichen gehe ich zu meinem Hausarzt  1-253
- Ich habe einen Hausarzt, ab und zu konsultiere ich aber auch direkt einen Spezialisten  2
- Ich gehe mit den allermeisten Dingen direkt zu einem Spezialisten  3 → weiter mit Fr. 41

34. Hausärzte sind dafür zuständig, bereits bestehende Krankheiten zu behandeln. Darüber hinaus können Sie aber auch viele Hinweise geben, wie man Krankheiten verhindern kann, indem man z. B. sein Übergewicht reduziert, sich das Rauchen abgewöhnt oder die Ernährung umstellt. Wie ist das bei Ihnen? Wie oft haben Sie bereits mir Ihrem Hausarzt über solche gesundheitsfördernde Maßnahmen gesprochen?

- |                            |                            |                            |                            |                                |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Noch nie                   | Selten                     | Gelegentlich               | Häufig                     | Sehr häufig                    |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5-254 |

35. Hat Ihnen Ihr Hausarzt schon einmal Angebote für Maßnahmen gemacht, die

der Gesundheitsförderung dienen und die nicht unbedingt direkt mit Ihrer akuten Erkrankung in Verbindung standen?

Noch nie  1      Selten  2      Gelegentlich  3      Häufig  4      Sehr häufig  5-255

36. Wie oft waren Sie in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt? (Hier sind die Konsultationen wegen neu aufgetretener Krankheitsperioden gemeint, also nicht z. B. die Krank- und Gesundheitschreibung wegen ein und derselben Grippe.)

Keinmal  1      Einmal  2      Zweimal  3      3 bis 5 mal  4      6 bis 10 mal  5      Häufiger als 10 mal  6-256

↓  
weiter mit Fr. 39

37. Haben Sie mit Ihrem Hausarzt darüber gesprochen, dass Ihre Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit Ihrer Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?

Nein .....  1-257 → weiter mit Fr. 39  
 Ja, einmal .....  2  
 Ja, mehrfach .....  3

38. Wer hat den möglichen Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung/den Beschwerden und Ihrer Arbeitstätigkeit zuerst angesprochen? Ging die Initiative von Ihnen oder Ihrem Hausarzt aus?

Die Initiative ging von mir aus .....  1-260  
 Die Initiative ging von meinem Hausarzt aus..  2  
 Weiß nicht mehr .....  3

39. Wenn Sie in Ihrer Firma eine betriebsärztliche Betreuung haben: Hat Ihr Hausarzt schon einmal mit Ihrem Betriebsarzt über Ihre Krankheit bzw. die Beschwerden gesprochen?

Ja .....  1-261  
 Nein .....  2  
 Weiß nicht .....  3  
 Haben keinen Betriebsarzt in unserer Firma ..  4

40. Hat Ihr Hausarzt schon einmal mit einem Verantwortlichen Ihres Betriebes über Ihre Krankheit bzw. die Beschwerden gesprochen?

Ja .....  1-262  
 Nein .....  2      +  
 Weiß nicht .....  3

41. Wahrscheinlich wäre es für die frühzeitige Erkennung von Beeinträchtigungen und die daran anschließende Einleitung von Maßnahmen notwendig, den Hausarzt von dessen Schweigepflicht zumindest teilweise zu entbinden. Was halten Sie grundsätzlich davon?

Zu einer Schweigepflichtentbindung des Hausarztes wäre ich eventuell bereit

gegenüber ...

	Ja	Ja, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen	Eher nein	Nein	Weiß nicht/keine Antwort
... der Firma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-263
... dem Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-264
... meinem Orthopäden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-265

42. Waren Sie bereits einmal bei einem Orthopäden in Behandlung?

- Ja .....  1-266  
 Nein .....  2 → weiter mit Fr. 50

43. Orthopäden können ja nicht nur Krankheiten oder Beschwerden behandeln, sondern darüber hinaus auch viele Hinweise geben, wie man die Gesundheit fördern kann.

Wie ist das bei Ihnen? Wie oft haben Sie bereits mit Ihrem Orthopäden über gesundheitsfördernde Maßnahmen gesprochen?

- Noch nie  1      Selten  2      Gelegentlich  3      Häufig  4      Sehr häufig  5-267

44. Hat Ihnen Ihr Orthopäde schon einmal Angebote für Maßnahmen gemacht, die der Gesundheitsförderung dienen und die nicht unbedingt direkt mit Ihrer akuten Erkrankung in Verbindung standen?

- Noch nie  1      Selten  2      Gelegentlich  3      Häufig  4      Sehr häufig  5-268

45. Wie oft waren Sie in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Orthopäden in Behandlung? (Hier sind die Konsultationen wegen neu aufgetretener Krankheitsperioden gemeint, also nicht z. B. die Krank- und Gesundheitschreibung wegen ein und derselben Grippe.)

- Keinmal  1      Einmal  2      Zweimal  3      3 bis 5 mal  4      6 bis 10 mal  5      Häufiger als 10 mal  6-269

↓  
weiter mit Fr. 48

46. Haben Sie mit Ihrem Orthopäden darüber gesprochen, dass Ihre Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit Ihrer Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?

- Nein .....  1-270 → weiter mit Fr. 48  
 Ja, einmal .....  2  
 Ja, mehrfach .....  3

47. Wer hat den möglichen Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung/den Beschwerden und Ihrer Arbeitstätigkeit zuerst angesprochen? Ging die Initiative von Ihnen oder Ihrem Orthopäden aus?

- Die Initiative ging von mir aus.....  1-274
- Die Initiative ging von meinem Orthopäden aus  2
- Weiß nicht mehr .....  3

48. Wenn Sie in Ihrer Firma eine betriebsärztliche Betreuung haben: Haben Ihr Orthopäde und Ihr Betriebsarzt schon einmal miteinander über Ihre Krankheit bzw. die Beschwerden gesprochen?

- Ja .....  1-275
- Nein .....  2 +
- Weiß nicht .....  3
- Haben keinen Betriebsarzt in unserer Firma ..  4

49. Hat Ihr Orthopäde schon einmal mit einem Verantwortlichen Ihres Betriebes über Ihre Krankheit bzw. die Beschwerden gesprochen?

- Ja .....  1-276
- Nein .....  2
- Weiß nicht .....  3

50. Wahrscheinlich wäre es für die frühzeitige Erkennung von Beeinträchtigungen und die daran anschließende Einleitung von Maßnahmen notwendig, den Orthopäden von dessen Schweigepflicht zumindest teilweise zu entbinden. Was halten Sie grundsätzlich davon?

Zu einer Schweigepflichtentbindung des Orthopäden wäre ich eventuell bereit gegenüber ...

	Ja	Ja, aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen	Eher nein	Nein	Weiß nicht / keine Antwort
... der Firma .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-277
... dem Betriebsarzt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-278
... meinem Hausarzt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-279

51. In der Gesundheitspolitik wird aktuell darüber diskutiert, ob durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (z. B. Krankenkassen, Ärzte, Betriebe, Berufsgenossenschaften etc.) die Gesundheitsförderung gestärkt werden könnte. Glauben Sie, dass durch eine solche Netzwerkbildung ein Beitrag zur Vermeidung von Krankheiten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden könnte?

- Ja, unbedingt  1
- Ja, das könnte ich mir vorstellen  2
- Nein, das glaube ich nicht  3
- Weiß nicht  4-320

52. Haben Sie schon einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört?

- Ja .....  1-321
- Nein .....  2 → weiter mit Fr. 55

53. Gibt es in Ihrer Firma ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung?

Ja .....  1-322  
 2 → weiter mit Fr. 55  
 Nein .....

54. Wer gehört zu dem Netzwerk in Ihrer Firma?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Gibt es in meiner Firma nicht
Schwerbehindertenvertretung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-324
Betriebsrat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-325
Andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-326
Hausärzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-327
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-328
Betriebssozialarbeiter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-329
Orthopäden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-330
Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-331
Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-332
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-333
Örtliche Servicestelle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-334
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-335
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4-336

55. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre persönlichen Meinungen und Einstellungen beziehen. Insofern gibt es auch keine „richtigen“ Antworten. Bitte überlegen Sie bei den einzelnen Aussagen nicht zu lange und kreuzen diejenige Antwort an, die am besten zu Ihrer Meinung passt.

	Trifft sehr zu	Trifft zu	Teils/Teils	Trifft wenig zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht / keine Antwort
+ Ich bin sehr zufrieden mit meiner Bezahlung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-340
Wenn ich die Möglichkeit bekäme, würde ich die Firma wechseln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-341
Ich verhalte mich sehr gesundheitsbewusst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-342
Mit meinen Kollegen lassen sich viele Probleme informell lösen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-343
Mein Vorgesetzter würdigt meine Leistungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-344

Mit meinen Arbeitskollegen komme ich sehr gut klar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-345
Insgesamt bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-346
Ich mache mir häufig Gedanken über Verbesserungen im Arbeitsprozess	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-347
Mein Arbeitsplatz ist sehr krisensicher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-348
Meiner Firma geht es – wirtschaftlich gesehen – gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-349
Mit den Vorgesetzten lassen sich viele Probleme informell lösen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-350
Ich könnte schnell eine vergleichbare Position in einer anderen Firma finden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-351
Wenn man gesundheitlich angeschlagen ist, wird man schneller entlassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-352
Wenn man sich gesundheitsbewusst verhält, wird man weniger krank	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-353
Meiner Firma ist es wichtig, dass die Gesundheit der Mitarbeiter geschützt wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-354
Mein Job bereitet mir Freude	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-355
Ich gehe gern zur Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-356
Mein Vorgesetzter behandelt mich gerecht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-357
In meinem Job werde ich unterfordert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-358
Ich fühle mich unter meinen Kollegen wohl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-359
Das Betriebsklima ist gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-360
Ich habe eine soziale Unterstützung in der Firma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-361

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit.

Bitte überzeugen Sie sich, dass Sie alle Fragen beantwortet haben, und senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend im beiliegenden Rücksendeumschlag an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

**Anhang 6: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der niedergelassenen Ärzte**

Aufgeführt sind die Inhalte des CATI-Programms von INFRATEST. Alle INFRATEST-spezifischen Angaben wurden aus dem Programmcode herausgelöscht!

Gegenüber dem optischen Erscheinungsbild des Originalcodes können sich leichte Änderungen ergeben, inhaltliche Veränderungen wurden jedoch nicht vorgenommen





## ☛ [F003]

Wenn Sie einmal die wöchentlichen Arbeitsstunden Ihrer Praxismitarbeiter zusammenzählen, wie viele Vollzeitstellen bzw. Arbeitsstunden resultieren dann?

- |                       | Vollzeitstellen oder | Arbeitsstunden |
|-----------------------|----------------------|----------------|
| ☒:                    | -----                | -----          |
| ☒:                    | -----                | -----          |
| <input type="radio"/> | Keine Angabe [1]     |                |

## ☛ [F004]

Wo haben Sie Ihre Praxis?  
Ist das z. B. eher in einem ländlich gelegenen Ort oder liegt Ihre Praxis in einer Großstadt?  
Bitte sagen Sie uns, welche Charakterisierung am ehesten zutrifft.

- In einem ländlich gelegenen Ort außerhalb einer Stadt, [1]
- in einer ländlich gelegenen Kleinstadt, [2]
- in einer mittelgroßen Stadt oder [3]
- in einer Großstadt? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

## [F005]

Wie wichtig ist in Ihrer täglichen Arbeit mit Ihren berufstätigen Patienten die Krankheitsprävention?

- Sehr wichtig, [1]
- wichtig, [2]
- weniger wichtig oder [3]
- gar nicht wichtig? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

## [F006]

Wie häufig kommt es vor, dass Sie mit Ihren berufstätigen Patienten Behandlungsziele explizit formulieren und z. B. in einem „Behandlungsvertrag“, festhalten?

--> Vorgaben bitte vorlesen!

- Immer, [1]
- fast immer, [2]
- meistens, [3]
- selten, [4]
- sehr selten oder [5]
- gar nicht? \_\_\_\_\_ [6]
- Keine Angabe [7]

**[F007A]**

Wie stark fühlen sich Ihre berufstätigen Patienten durch ihre jeweilige Arbeit und die Arbeitsbedingungen körperlich belastet?

--> Vorgaben bitte vorlesen!

- Sehr stark belastet, [1]
- stark belastet, [2]
- wenig belastet oder [3]
- gar nicht belastet? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

**[F007B]**

Und wie stark fühlen sich Ihre berufstätigen Patienten durch ihre jeweilige Arbeit und die Arbeitsbedingungen psychisch belastet?

--> Vorgaben bitte vorlesen!

- Sehr stark belastet, [1]
- stark belastet, [2]
- wenig belastet oder [3]
- gar nicht belastet? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

**[F008]**

Wie stark werden - ihrer Einschätzung nach - die gesundheitlichen Bedürfnisse Ihrer berufstätigen Patienten bei der Arbeitsgestaltung und Personalplanung von ihrer jeweiligen Firma berücksichtigt?

--> Vorgaben bitte vorlesen!

- Sehr stark, [1]
- stark, [2]
- weniger stark oder [3]
- gar nicht? \_\_\_\_\_ [4]
- Weiß nicht [5]
- Keine Angabe [6]

**[F009]**

Wenn Sie einmal die Gesundheit Ihrer berufstätigen Patienten einschätzen sollten.  
Wie würden Sie diese angeben?

- Sehr gut, [1]
- gut, [2]
- schlecht oder [3]
- sehr schlecht? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

**[F012]**

Wie häufig machen Sie Ihren berufstätigen Patienten Angebote für Maßnahmen, die der Gesundheitsförderung dienen und die nicht unbedingt direkt mit der akuten Erkrankung der Patienten in Verbindung stehen?

- Nie, [1]
- selten, [2]
- gelegentlich, [3]
- häufig oder [4]
- sehr häufig? \_\_\_\_\_ [5]
- Keine Angabe [6]

**[F013]**

Wie oft wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten durchschnittlich von Ihren berufstätigen Patienten aufgesucht?

Hier sind die Konsultationen wegen neu aufgetretener Krankheitsperioden gemeint, also nicht z. B. die Krank- und Gesundheitsreibung wegen ein und derselben Grippe.

- 1 mal, [1]
- 2 mal, [2]
- 3 bis 5 mal, [3]
- 6 bis 10 mal oder [4]
- häufiger als 10 mal? \_\_\_\_\_ [5]
- Keine Angabe [6]

**[F014]**

Wie häufig sprechen Sie mit Ihren berufstätigen Patienten darüber, dass die Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit der Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?

- Nie, [1]
- selten, [2]
- gelegentlich, [3]
- häufig oder [4]
- sehr häufig?
- Keine Angabe [6]

\_\_\_\_\_ [5]

**[F015]**

In manchen Firmen werden große Anstrengungen unternommen, um Unfälle, Krankheiten und Beschwerden der Mitarbeiter zu verhindern.

Wenn Sie einmal an die Firmen denken, in denen Ihre Patienten arbeiten.

Wie wichtig - glauben Sie - ist den Firmen die Gesundheit ihrer Patienten?

- Sehr wichtig, [1]
- wichtig, [2]
- weniger wichtig oder [3]
- gar nicht wichtig?
- Keine Angabe [5]

\_\_\_\_\_ [4]

**[F016]**

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu einem oder mehreren Betrieben, bei denen die Gesundheitsförderung Ihrer berufstätigen Patienten und deren möglicher Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurde?

Wenn ja, wie oft war das?

Ja, und zwar:

- 1 mal, [1]
- 2 mal, [2]
- 3 bis 5 mal [3]
- 6 bis 10 mal oder [4]
- häufiger als 10 mal?
- Nein, gab es nicht [6]
- Keine Angabe [7]

\_\_\_\_\_ [5]

**[D017]**

Wer war der Ansprechpartner im Betrieb, mit wem hatten Sie bezüglich Gesundheitsförderung im Betrieb zu tun?

--> Antwortschema nächste Seite!

### [F017]

--> Antwortschema zu Frage 17 :

	Ja [1]	Nein [2]	KA [3]
Mit direkten Vorgesetzten der Mitarbeiter [1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Sicherheitsfachkraft [2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Gesundheitsbeauftragten [3]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Schwerbehindertenvertrauensperson [4]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Personalverantwortlichen [5]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Betriebsarzt [6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Ombudsmann [7]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Betriebsrat [8]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Betriebssozialarbeiter [9]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit einer sonstigen Stelle [10]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--> Falls „sonstige Stelle“, angegeben, bitte auf nächster Seite eintragen!

### [F017\_S]

Welche sonstige Stelle war das bitte?

Sonstige Stelle:

☒:

Keine Angabe [1]

## ↵ [F018]

Gibt es besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von Ihnen in Betrieben angeboten werden, wie z. B. Kurse zum richtigen Tragen/Heben; Raucherentwöhnungskurse, Rückenschule, Stressmanagement?

- Ja [1]
- Nein \_\_\_\_\_ [2]
- Keine Angabe [3]

## ↵ [F019]

In der Bundesrepublik Deutschland wissen die meisten Personen nur relativ wenig über die spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten von Betriebsärzten.  
Wie würden Sie persönlich Ihre diesbezüglichen Kenntnisse einschätzen?

- Ich weiß sehr gut Bescheid, [1]
- ich weiß gut Bescheid, [2]
- Ich weiß nur wenig oder [3]
- ich weiß nur sehr wenig? \_\_\_\_\_ [4]
- Keine Angabe [5]

## [F020]

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu einem oder mehreren Betriebsärzten, bei denen die Gesundheitsförderung Ihrer berufstätigen Patienten und deren möglicher Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurde?

Wenn ja, wie oft war das?

Ja, und zwar:

- 1 mal, [1]
- 2 mal, [2]
- 3 bis 5 mal [3]
- 6 bis 10 mal oder [4]
- häufiger als 10 mal? \_\_\_\_\_ [5]
- Nein, gab es nicht [6]
- Keine Angabe [7]

**[F021]** ([txtFachrichtung21])

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu anderen *{Fachrichtung}*, bei denen die Gesundheitsförderung Ihrer berufstätigen Patienten und deren möglicher Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurde?

Wenn ja, wie oft war das?

Ja, und zwar:

- 1 mal, [1]
- 2 mal, [2]
- 3 bis 5 mal [3]
- 6 bis 10 mal oder [4]
- häufiger als 10 mal? \_\_\_\_\_ [5]
- Nein, gab es nicht [6]
- Keine Angabe [7]

**[F022]** ([txtFachrichtung21])

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu *{Fachrichtung}*, bei denen die Gesundheitsförderung Ihrer berufstätigen Patienten und deren möglicher Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurde?

Wenn ja, wie oft war das?

Ja, und zwar:

- 1 mal, [1]
- 2 mal, [2]
- 3 bis 5 mal [3]
- 6 bis 10 mal oder [4]
- häufiger als 10 mal? \_\_\_\_\_ [5]
- Nein, gab es nicht [6]
- Keine Angabe [7]

**[D023]**

Es gibt unterschiedliche Positionen zur ärztlichen Schweigepflicht.

Wir haben hierzu einige Statements aufgeführt.

Bitte geben Sie bei jedem einzelnen Statement an, inwieweit Sie diesem zustimmen oder nicht zustimmen.

- > 1 = Stimme sehr zu,
- > 2 = Stimme zu,
- > 3 = Stimme nicht zu und
- > 4 = Stimme gar nicht zu.

1 = Stimme sehr zu,    3 = Stimme nicht zu und  
2 = Stimme zu,        4 = Stimme gar nicht zu.

	1 [1]	2 [2]	3 [3]	4 [4]	Weiß nicht/KA [5]
Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss vom und zum ARZT [1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es die ärztliche Schweigepflicht des ARZTES/der ÄRZTE nicht gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun. [2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### [F024]

In der Gesundheitspolitik wird aktuell darüber diskutiert, ob durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (z. B. Krankenkassen, Ärzte, Betriebe, Berufsgenossenschaften etc) die Gesundheitsförderung gestärkt werden könnte.

Glauben Sie, dass durch eine solche Netzwerkbildung ein Beitrag zur Vermeidung von Krankheiten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden könnte?

- Ja, unbedingt, [1]
- Ja, das könnte ich mir vorstellen [2]
- Nein, das glaube ich nicht \_\_\_\_\_ [3]
- Weiß nicht [4]
- Keine Angabe [5]

#### [F025]

Haben Sie schon einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung gehört, an dem auch Betriebe beteiligt sind?

- Ja [1]
- Nein \_\_\_\_\_ [2]
- Keine Angabe [3]

- Continue If [F025] = '1' Else Goto Form [D029] On Page 252

#### [F026]



Sind Sie selbst Mitglied in einem solchen betrieblichen Netzwerk zur Gesundheitsförderung?

- Ja [1]  
 Nein \_\_\_\_\_ [2]  
 Keine Angabe [3]

- **Continue If [F026] = '1' Else Goto Form [D029] On Page 252**

### [D027]

Wer gehört noch zu diesem Netzwerk?

	Ja [1]	Nein [2]	Weiß nicht [3]	KA [4]
Schwerbehindertenvertretung [1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betriebsrat [2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc. [3]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausärzte [4]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betriebsarzt [5]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betriebssozialarbeiter [6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopäden [7]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkassen [8]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsgenossenschaft [9]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rentenversicherungsträger [10]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche Servicestelle [11]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige [12]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--> Falls „Sonstige“, angegeben, bitte auf nächster Seite eintragen!

- **Continue If [F027].[12] = '1' Else Goto Form [D029] On Page 252**

### [F027\_S]

Welche sonstige Stelle ist das bitte?




Sonstige Stelle:

☒:

- Keine Angabe [1]



## Anhang 7: Erhebungsinstrumentarium zur Befragung der Betriebsärzte

<p><b>Sehr geehrte Damen und Herren,</b>  <b>Wir führen im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Forschungsprojekt zur Thematik des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Prävention sowie der Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren durch.</b>  <b>Ein Element dieses Forschungsprojektes ist die Befragung von Ärzten, die aktuell betriebsärztlich tätig sind bzw. in den vergangenen 12 Monaten waren.</b>  <b>Durch die Beantwortung dieses Fragebogens können Sie wichtige Hinweise zur Bedeutung der betriebsärztlichen Betreuung in Deutschland geben.</b>  <b>Bitte füllen Sie den Fragebogen innerhalb der nächsten Woche aus und senden ihn mit dem beigefügten Rückantwortumschlag ohne Absenderangabe an uns zurück.</b>  <b>Das Porto zahlen wir.</b>  <b>Alle Antworten werden selbstverständlich anonym ausgewertet, so dass keine Rückschlüsse auf Sie oder die von ihnen betreuten Betriebe möglich sind.</b></p>	
1.	<p><b>Seit wann bzw. wie vielen Jahren sind Sie als Betriebsarzt tätig?</b>          Seit 19 _____ und/oder seit _____ Jahren</p>
2.	<p><b>Betreuen Sie aktuell bzw. haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Betriebe/Firmen als Betriebs-/Werksarzt betreut?</b></p> <p>Ja, aktuell..... <input type="checkbox"/></p> <p>Aktuell nicht, aber innerhalb der vergangenen 12 Monate..... <input type="checkbox"/></p> <p>Längere Zeit nicht mehr, ..... <input type="checkbox"/></p> <p> <b>Ende der Befragung!</b></p> <p><b><i>Da wir uns an Ärzte wenden, die zumindest in den letzten 12 Monaten betriebsärztlich tätig waren, können wir Ihre Antworten leider nicht berücksichtigen.</i></b></p>
3.	<p><b>Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie betriebsärztlich tätig sind.</b>  <b>Sie sind –</b></p> <p>A als Betriebsarzt ein <b>fester Angestellter/Mitarbeiter</b> derjenigen Firma, die Sie betreuen.....</p> <p>B in einem <b>arbeitsmedizinischen Zentrum</b> angestellt..... <input type="checkbox"/></p> <p>C in einer <b>sonstigen Organisation</b> angestellt..... <input type="checkbox"/></p> <p>D <b>selbständig</b> tätig..... <input type="checkbox"/></p>
4.	<p><b>Wie viele Betriebe betreuen Sie persönlich aktuell bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten als Betriebsarzt persönlich betreut? Wenn dies mehr als einer ist, dann geben Sie bitte die Anzahl der gleichzeitig betreuten Betriebe an.</b></p> <p>Anzahl  <b>bitte eintragen:</b> _____ Betriebe</p> <p>Keinen einzigen..... <input type="checkbox"/></p>
5.	<p><b>Wie viele der von Ihnen persönlich betreuten Betriebe gehören dem öffentlichen Dienst an?</b></p> <p>Anzahl  <b>bitte eintragen:</b> _____ Betriebe</p> <p>Keiner..... <input type="checkbox"/></p>

**6. Welcher Branche gehört/en ihr/e Betrieb/e an?**  
 ☞ **Mehrere Nennungen sind möglich!**

A Land- und Forstwirtschaft.....

B Fischerei und Fischzucht.....

C Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden .....

D Verarbeitendes Gewerbe.....

E Energie- und Wasserversorgung.....

F Baugewerbe .....

G Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern ....

H Gastgewerbe .....

J Verkehr und Nachrichtenübermittlung .....

K Kredit- und Versicherungsgewerbe .....

L Grundstück-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen.....

M Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung .....

N Erziehung und Unterricht.....

O Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen .....

P Erbringung sonstiger öffentlicher und persönlicher Dienstleistungen .....

Q Private Haushalte .....

R Exterritoriale Organisationen und Körperschaften.....

---

**7. Bitte geben Sie an, wie viele Mitarbeiter der kleinste und der größte der von Ihnen betreuten Betriebe haben.**

**Anzahl Mitarbeiter  
bitte eintragen:**

Betrieb mit den **wenigsten** Mitarbeitern ca. ....

Betrieb mit den **meisten** Mitarbeitern ca. ....

---

**8. Wie groß ist die Zahl der von Ihnen insgesamt betreuten Beschäftigten?**

Anzahl ☞ **bitte eintragen:**  Personen

---

**9. Wenn Sie mehrere Betriebe betreuen: Welche Beschäftigtenzahl kommt bei den von Ihnen betreuten Betrieben am häufigsten vor?**  
 ☞ **Bitte kreuzen Sie diejenige Größenklasse an, die am häufigsten vorkommt!**

A 1 bis 9 Beschäftigte .....

B 10 bis 19 Beschäftigte .....

C 20 bis 49 Beschäftigte .....

D 50 bis 199 Beschäftigte .....

E 200 bis 499 Beschäftigte .....

F 500 und mehr Beschäftigte.....

---

**10. Wie wichtig ist in Ihrer täglichen Arbeit mit ihren betrieblichen Patienten die individuelle Krankheitsprävention?**

Sehr wichtig                      Wichtig                      Weniger wichtig                      Gar nicht wichtig

|-----|-----|-----|-----|

---

**11. Wenn Sie einmal die Gesundheit ihrer betrieblichen Patienten einschätzen sollten. Wie würden Sie diese angeben?**

Sehr gut                      Gut                      Schlecht                      Sehr schlecht

|-----|-----|-----|-----|

12. Im Folgenden sind einige Maßnahmen aufgeführt, die häufig im Rahmen des betrieblichen Gesundheitswesens durchgeführt werden. Bitte geben Sie uns an, ob diese Maßnahmen in der/n von ihnen betreuten Firma/en gibt und ob Sie selbst daran beteiligt sind.

**Gibt es die in der/n Firma/en? Selbst daran beteiligt?**

	Ja, und zwar in ... Firmen Anzahl bitte eintragen:	Nein	Weiß nicht	Ja, und zwar in ... Firmen Anzahl bitte eintragen:
A Betriebliche Gesundheits- berichterstattung _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C Gefährdungsbeurteilung _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D Analyse der Fluktuation / Kündigung von Mitarbeitern, die in andere Betriebe gewechselt sind _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
E Führung von Rückkehr- gesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F Gesundheitszirkel _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
G Weitervermittlung von Mitarbeitern an externe Kooperationspartner zur Ermittlung und ggf. Deckung eines Präventions- bzw. Rehabili- tationsbedarfs _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
H Spezielle Rückkehr-, Wiederein- gliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit/Rehabilitation _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
J Integrationsvereinbarungen _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
K Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Befindlichkeitsstörungen _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
L Konzepte zur frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
M Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen z. B. zur Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

 **Fortsetzung siehe nächste Seite!!**

	Gibt es die in der/n Firma/en? <b>Selbst daran beteiligt?</b>		Weiß nicht	Ja, und zwar in . . . Firmen Anzahl bitte eintragen:
	Ja, und zwar in . . . Firmen Anzahl bitte eintragen:	Nein		
N Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbegehungen zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
O Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von zukünftigen Unfällen	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
P Gezielte Kampagnen zur Gesundheitsförderung	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
Q Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsprofilen der Gesamtbelegschaft z. B. durch die Krankenkassen	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
R Es gibt ein „Schwarzes Brett“ mit gesundheitlichen Themen	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
S Es gibt einen Informationsstander mit Materialien zur Gesundheitsförderung von Krankenkassen, der Berufsgenossenschaft etc.	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>
T Es gibt ein Unternehmensleitbild, in dem „Die Gesundheit der Mitarbeiter“ ein besonderes Thema ist	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>

**13. Können Sie angeben, wie oft Sie in der/n von/n ihnen betreuten Firma/en sind?**

 **Bitte kreuzen Sie diejenige Kategorie an, die am ehesten zutrifft!**

		Anzahl Firmen bitte eintragen:
Täglich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Wöchentlich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Monatlich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Vierteljährlich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Halbjährlich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Jährlich .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Weniger als einmal im Jahr .....	<input type="checkbox"/> →	_____
Weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>	

<p><b>14. Haben Sie als Betriebsarzt -</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><b>Ja</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><b>Anzahl Firmen bitte eintragen:</b></p> <p>A ein eigenes Büro/bzw. einen Raum in der Firma? <input type="checkbox"/> → _____</p> <p>B feste Sprechzeiten in der Firma? ..... <input type="checkbox"/> → _____</p> <p>C ein eigenes Telefon in der Firma? ..... <input type="checkbox"/> → _____</p> <p>D eine eigenständige Postanschrift in der Firma? . <input type="checkbox"/> → _____</p> <p>E eine E-Mail-Adresse in der Firma? ..... <input type="checkbox"/> → _____</p> <p>F Gibt es Informationsmaterial in Ihrer Firma, in dem man nachlesen kann, wofür Sie als Betriebsarzt zuständig sind? ..... <input type="checkbox"/> → _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																
<p><b>15. Erkrankungen von Arbeitnehmern hängen häufig mit den Arbeitsbedingungen zusammen. Wir möchten feststellen, ob das so ist und was man dagegen tun kann. Betriebsärzte können ihren betrieblichen Patienten oftmals Hinweise darauf geben, wie man mit der Arbeit zusammenhängende Krankheiten verhindern und die Gesundheit fördern kann, indem man z. B. Veränderungen am Arbeitsplatz vornimmt, sein Übergewicht reduziert, sich das Rauchen abgewöhnt oder die Ernährung umstellt.</b></p> <p><b>Wie ist das bei Ihnen? Wie oft sprechen Sie mit ihren betrieblichen Patienten über gesundheitsfördernde Maßnahmen?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nie</td> <td style="text-align: center;">Selten</td> <td style="text-align: center;">Gelegentlich</td> <td style="text-align: center;">Häufig</td> <td style="text-align: center;">Sehr häufig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig	----- ----- ----- -----					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig																																													
----- ----- ----- -----																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<p><b>16. Wie häufig sprechen Sie mit ihren betrieblichen Patienten darüber, dass die Krankheiten oder Beschwerden eventuell auch mit der Arbeitstätigkeit bzw. dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nie</td> <td style="text-align: center;">Selten</td> <td style="text-align: center;">Gelegentlich</td> <td style="text-align: center;">Häufig</td> <td style="text-align: center;">Sehr häufig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig	----- ----- ----- -----					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig																																													
----- ----- ----- -----																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<p><b>17. In manchen Firmen werden große Anstrengungen unternommen, um Unfälle, Krankheiten und Beschwerden der Mitarbeiter zu verhindern. Wenn Sie einmal an die Firmen denken, in denen Ihre betrieblichen Patienten arbeiten. Wie oft kommt es vor, dass den von Ihnen betreuten Betrieben die Krankheitsprävention sehr wichtig, wichtig, wenig wichtig und gar nicht wichtig ist?</b></p> <p> <b>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>Wie oft kommt das vor?</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nie</td> <td style="text-align: center;">Selten</td> <td style="text-align: center;">Gelegentlich</td> <td style="text-align: center;">Häufig</td> <td style="text-align: center;">Sehr häufig</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><b>Krankheitsprävention ist den Firmen -</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A sehr wichtig .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B wichtig .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C wenig wichtig.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D gar nicht wichtig .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<b>Wie oft kommt das vor?</b>						Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig		----- ----- ----- -----					<b>Krankheitsprävention ist den Firmen -</b>						A sehr wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C wenig wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D gar nicht wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Wie oft kommt das vor?</b>																																																
	Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig																																												
	----- ----- ----- -----																																																
<b>Krankheitsprävention ist den Firmen -</b>																																																	
A sehr wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
B wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
C wenig wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
D gar nicht wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<p><b>18. Eine systematische Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention erfordert häufig eine enge Abstimmung zwischen dem Betriebsarzt und den Vertretern des Betriebes, um entsprechende Konzepte zu entwickeln. Wie häufig hat es in den vergangenen 12 Monaten solche „Konzeptgespräche“ gegeben?</b></p> <p>Anzahl  <b>bitte eintragen:</b> _____ Konzeptgespräche</p>																																																	

**19. Mit welchen Ansprechpartnern haben Sie gewöhnlich zu tun, wenn es um die Gesundheitsförderung im Betrieb geht?**

**☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein	Gibt es in den Firmen nicht
A Mit direkten Vorgesetzten der Mitarbeiter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Mit der Sicherheitsfachkraft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Mit dem Gesundheitsbeauftragten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Mit der Schwerbehindertenvertrauensperson .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Mit dem Personalverantwortlichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Mit einem/mehreren andere Betriebsarzt/-ärzten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Mit dem Ombudsmann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Mit dem Betriebsrat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Mit dem Betriebssozialarbeiter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Mit einer sonstigen Stelle, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>		

☞ **> bitte eintragen <** \_\_\_\_\_

---

**20. Gibt es besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von Ihnen in Betrieben angeboten werden, wie z. B. Kurse zum richtigen Tragen/Heben; Raucherentwöhnungskurse und dergleichen?**

Ja .....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 21**

-----

-

Nein.....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 22**

---

**21. Bitte nennen Sie uns die wichtigste der von Ihnen angebotenen Maßnahme:**

\_\_\_\_\_

---

**22. In der Bundesrepublik Deutschland wissen die meisten Personen nur relativ wenig über die spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten von Betriebsärzten. Wie würden Sie die Kenntnisse ihrer betrieblichen Patienten einschätzen?**

Sie wissen sehr gut Bescheid	Sie wissen gut Bescheid	Sie wissen nur wenig	Sie wissen nur sehr wenig
-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**23. In der Gesundheitspolitik wird darüber diskutiert, dass Hausärzte und Firmen noch stärker und noch enger zusammenarbeiten sollen, um gesundheitliche Gefahren und Beeinträchtigungen der Mitarbeiter besser und früher erkennen zu können. Hierdurch könnten notwendige Maßnahmen auch eher eingeleitet werden. Was halten Sie von einer stärkeren Zusammenarbeit?**

Finde ich sehr gut	Finde ich gut	Weiß nicht so recht	Finde ich eher nicht gut	Finde ich schlecht
-----	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**24. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu Hausärzten, bei denen bestimmte Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten und mögliche Zusammenhänge mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurden? Wenn ja, wie oft war das?**  
 Ja, und zwar:

A Einmal .....

B Zweimal.....

C 3 bis 5 mal.....  ..... → *Weiter mit Frage 25*

D 6 bis 10 mal.....

E 11 bis 25 mal.....

F Mehr als 25 mal.....

-----

--

Nein, gab es nicht .....  ..... → *Weiter mit Frage 29*

---

**25. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten von einem Hausarzt über Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten informiert worden, die möglicherweise im Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit stehen könnten?**

A Einmal .....

B Zweimal.....

C 3 bis 5 mal.....

D 6 bis 10 mal.....

E 11 bis 25 mal.....

F Mehr als 25 mal.....

Keinmal.....

---

**26. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Hausarzt über Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten informiert, die möglicherweise im Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit stehen könnten?**

A Einmal .....

B Zweimal.....

C 3 bis 5 mal.....

D 6 bis 10 mal.....

E 11 bis 25 mal.....

F Mehr als 25 mal.....

Keinmal.....

---

**27. Wie oft haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Rückmeldung erhalten, wenn Sie eine entsprechende Anfrage an den Hausarzt bzw. Hausärzte gestellt haben.**

Nie                      Selten                      Gelegentlich                      Häufig                      Sehr häufig

|-----|-----|-----|-----|

---

**28. Wenn Sie bezüglich einer Erkrankung eines Ihrer Patienten Kontakt zu einem Hausarzt hatten, wie oft hat sich aus diesem Kontakt ein für den Patienten erkennbarer Vorteil ergeben?**

Nie                      Selten                      Gelegentlich                      Häufig                      Sehr häufig

|-----|-----|-----|-----|

<p><b>29. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakte zu Orthopäden, bei denen bestimmte Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten und mögliche Zusammenhänge mit deren Arbeitstätigkeit thematisiert wurden? Wenn ja, wie oft war das?</b></p> <p>Ja, und zwar:</p> <p>A Einmal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Zweimal..... <input type="checkbox"/></p> <p>C 3 bis 5 mal..... <input type="checkbox"/> ..... → <i>Weiter mit Frage 30</i></p> <p>D 6 bis 10 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>E 11 bis 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Mehr als 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>--</p> <p>Nein, gab es nicht ..... <input type="checkbox"/> ..... → <i>Weiter mit Frage 33</i></p>															
<p><b>30. Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten von einem Orthopäden über Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten informiert worden, die möglicherweise im Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit stehen könnten?</b></p> <p>A Einmal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Zweimal..... <input type="checkbox"/></p> <p>C 3 bis 5 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>D 6 bis 10 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>E 11 bis 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Mehr als 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Keinmal..... <input type="checkbox"/></p>															
<p><b>31. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Orthopäden über Erkrankungen ihrer berufstätigen Patienten informiert, die möglicherweise im Zusammenhang mit deren Arbeitstätigkeit stehen könnten?</b></p> <p>A Einmal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Zweimal..... <input type="checkbox"/></p> <p>C 3 bis 5 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>D 6 bis 10 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>E 11 bis 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Mehr als 25 mal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Keinmal..... <input type="checkbox"/></p>															
<p><b>32. Wenn Sie bezüglich einer Erkrankung eines Ihrer Patienten Kontakt zu einem Orthopäden hatten, hat sich aus diesem Kontakt ein für den Patienten erkennbarer Vorteil in Hinsicht auf die frühzeitige Einleitung von Maßnahmen ergeben?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;">Nie</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Selten</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Gelegentlich</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Häufig</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Sehr häufig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ----- </td> <td style="text-align: center;"> ----- </td> <td style="text-align: center;"> ----- </td> <td style="text-align: center;"> ----- </td> <td style="text-align: center;"> ----- </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig	-----	-----	-----	-----	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig											
-----	-----	-----	-----	-----											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

**33. Bitte geben Sie uns an, ob es zu einem der folgend genannten Akteure in den vergangenen 12 Monaten Kontakte gegeben hat, bei denen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der/n von ihnen betreuten Firma/en thematisiert wurde.**

**☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein
A Kammer/Innung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Krankenversicherungsträger/Krankenkasse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Integrationsamt/Hauptfürsorgestelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Leistungsanbieter der Rehabilitation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Leistungsanbieter der Gesundheitsförderung.. ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Sonstiges, und zwar:.....	<input type="checkbox"/>	

☞ **> bitte eintragen <**

**34. Es gibt unterschiedliche Positionen zur „ärztlichen Schweigepflicht“. Bitte geben Sie uns an, ob und wie stark Sie den folgenden Statements zustimmen oder nicht zustimmen.**

**☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu	Weiß nicht
A Die ärztliche Schweigepflicht behindert den Informationsfluss von und zu anderen Ärzten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Wenn es die ärztliche Schweigepflicht des Arztes/der Ärzte nicht gäbe, könnte man viel mehr für die Gesundheitsvorsorge des einzelnen Mitarbeiters tun.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. Durch eine verbesserte Kooperation zwischen z. B. Krankenkassen, Ärzten, Betrieben etc. -**

**☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu	Weiß nicht
A kann ein wirksamer Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B reduzieren sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C steigert sich die Produktivität des einzelnen Mitarbeiters.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D wird die betriebliche Personaldisposition vereinfacht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E verbessert sich die Arbeitsmotivation der Mitarbeiter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F steigert sich die Produktivität des Betriebes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G verbessert sich der Eingliederungserfolg von erkrankten Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H bindet unnötige Ressourcen (z. B. Personal, Zeit, Geld).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J wird nur zusätzliche Bürokratie erzeugt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**36. In der Gesundheitspolitik wird aktuell darüber diskutiert, ob durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (z. B. Krankenkassen, Ärzte, Betriebe, Betriebsärzte, Berufsgenossenschaften etc) die Gesundheitsförderung gestärkt werden könnte.**  
**Glauben Sie, dass durch eine solche Netzwerkbildung ein Beitrag zur Vermeidung von Krankheiten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden könnte?**

Ja, unbedingdt .....

Ja, das könnte ich mir vorstellen .....

Nein, das glaube ich nicht.....

Weiß nicht.....

---

**37. Haben Sie schon einmal etwas von einem Netzwerk zur Gesundheitsförderung/Rehabilitation gehört, an dem auch Betriebe beteiligt sind?**

Ja .....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 38**

---

Nein.....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 41**

---

**38. Sind Sie selbst Mitglied in einem solchen betrieblichen Netzwerk zur Gesundheitsförderung/Rehabilitation?**


Ja .....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 39**

---

Nein.....  ..... ➔ **Weiter mit Frage 41**

**39. Wer gehört noch zu diesem Netzwerk?**

 **Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	.....Ja	Nein	Weiß nicht
A Schwerbehindertenvertretung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Betriebsrat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Andere im Betrieb, wie z. B. Gesundheitszirkel, Arbeitsschutzausschuss etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Hausärzte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Andere Betriebsärzte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Betriebssozialarbeiter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Orthopäden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Krankenkassen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Berufsgenossenschaften .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Rentenversicherungsträger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Örtliche Servicestelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Sonstige, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>		
 <b>&gt; bitte eintragen &lt;</b> _____			

**40. Wir würden gern in der ersten Jahreshälfte eventuell einmal Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Gegenüber Dritten bleiben alle Ihre persönlichen Angaben natürlich absolut anonym. Wenn Sie grundsätzlich hierzu bereit sind, können Sie hier Ihren Namen und Ihre Telefonnummer vermerken, wir rufen Sie dann an.**

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**41. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre persönlichen Meinungen und Einstellungen beziehen. Bitte überlegen Sie bei den einzelnen Aussagen nicht zu lange und kreuzen diejenige Antwort an, die am Besten zu Ihrer Meinung passt.**

 **Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	.....	Trifft sehr zu	Trifft zu	Teils / teils	Trifft wenig zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
	.....						
A	Meine betrieblichen Patienten verhalten sich sehr gesundheitsbewusst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Insgesamt sind meine betrieblichen Patienten mit ihrer Arbeit sehr zufrieden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Meine betrieblichen Patienten machen sich häufig Gedanken über Verbesserungen im Arbeitsprozess .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Die Arbeitsplätze meiner betrieblichen Patienten sind sehr krisensicher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Wenn man gesundheitlich angeschlagen ist, wird man schneller entlassen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Wenn man sich gesundheitsbewusst verhält, wird man weniger krank .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Den Firmen meiner betrieblichen Patienten ist es wichtig, dass die Gesundheit der Mitarbeiter geschützt wird .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Meine betrieblichen Patienten gehen gerne zur Arbeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	Meine betrieblichen Patienten haben eine soziale Unterstützung in der Firma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Anhang 8: Mitarbeiterbefragung: Häufigkeiten der krankheitsbedingten Fehltag in Wochen**

Frage 10: An wie vielen Arbeitstagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt am Arbeitsplatz gefehlt? Hierzu gehören auch die Tage, für die keine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung durch Ihren Arzt erforderlich war!

*Angabe in Ziffer*

Zur Berechnung der krankheitsbedingten Fehltag in Wochen wurden die Angaben der Befragten zu den in den krankheitsbedingt gefehlten Tagen in Schritte zu je 5 Tagen zusammengefasst.

	Fehltag in Wochen				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige %	Kum. %
Gültig	0	362	36,2	37,4	37,4
	1	256	25,6	26,4	63,8
	2	126	12,6	13,0	76,9
	3	70	7,0	7,2	84,1
	4	37	3,7	3,8	87,9
	5	24	2,4	2,5	90,4
	6	18	1,8	1,9	92,3
	7	9	,9	,9	93,2
	8	10	1,0	1,0	94,2
	9	4	,4	,4	94,6
	10	4	,4	,4	95,0
	11	2	,2	,2	95,2
	12	8	,8	,8	96,1
	13	4	,4	,4	96,5
	mehr als 13	34	3,4	3,5	100,0
	Gesamt	968	96,8	100,0	

**Anhang 9: Mitarbeiterbefragung: Zusammenhang zwischen Erkrankungsindikatoren und Vernetzung**

Trotz aller methodischen Einwände wurden die Unterschiede zwischen Vernetzten und nicht Vernetzten bezüglich der Anzahl der Erkrankungen und der Anzahl der Fehltage ermittelt und parametrisch geprüft.

In der ersten Analyse wurde der Risikofaktor „unkontrollierbare Ausreißer“ dadurch gemildert, dass diejenigen Personen aus der Analyse herausgenommen wurden, die mehr als 180 Tage gefehlt haben. Leider gehören auch 2 vernetzte Personen dazu, so dass diese Vergleichsgruppe nur noch aus 29 Personen besteht. In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse aufgeführt:

		Anzahl der Erkrankungen mit AU	Krankheitsbedingte Fehltage	Fehltage in Wochen
1 Netzwerk in eigener Firma	Mittelwert	1,07	5,79	1,28
	N	29	29	29
2 kein Netzwerk in Firma	Mittelwert	1,17	9,98	2,15
	N	158	158	158
3 noch nie etwas gehört von Gesundheitsnetzwerk	Mittelwert	1,10	9,13	2,06
	N	726	726	726
Insgesamt	Mittelwert	1,11	9,17	2,05
	N	913	913	913
		F=1,02 p=.903	F=,684 p=.505	F=,712 p=.491

Die Daten zeigen, dass die Mitarbeiter ohne betriebliches Netzwerk wesentlich länger gefehlt haben als die nicht Vernetzten. Dennoch kann man nicht sicher genug behaupten, dass in den Grundgesamtheiten (Beschäftigte in Deutschland) ebenfalls diese Unterschiede beobachtbar wären. Der nicht signifikante Wahrscheinlichkeitswert macht dies deutlich.

Nimmt man das Risiko der Ausreißer zusätzlich in Kauf, so steigt die Stichprobengröße der Vernetzten auf 30 Personen an. Die Unterschiede in den Mittelwerten werden noch größer: Die Mitarbeiter ohne Netzwerk fehlen rund 2,5-mal so lange an ihrem Arbeitsplatz wie die Mitarbeiter, deren Betrieb zu einem Netzwerk gehört.

		Anzahl der Erkrankungen mit AU	Krankheitsbedingte Fehltage	Fehltage in Wochen
1 Netzwerk in eigener Firma	Mittelwert	1,10	<b>5,63</b>	1,27
	N	30	30	30
	Standardabw.	1,668	7,721	1,617
2 kein Netzwerk	Mittelwert	1,18	<b>14,37</b>	2,45
	N	161	164	164
	Standardabw.	1,616	39,031	4,249
3 Noch nie etwas von einem Netzwerk gehört	Mittelwert	1,13	11,85	2,24
	N	745	760	760
	Standardabw.	1,888	33,871	4,095
Insgesamt	Mittelwert	1,13	12,09	2,24
	N	936	954	954
	Standardabw.	1,836	34,327	4,069
		F=0,063 p=.939	F=0,909 p=.403	F=1,079 p=.,340



Darüber hinaus wurden auch eine Reihe von nicht-parametrischen Vergleichen durchgeführt. Alle diese Vergleiche kommen zu dem Resultat, dass sich beide Verteilungen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Andererseits steckt in den nominellen Unterschieden beträchtlicher sozialpolitischer Zündstoff: Sollten sich die Krankenstandstage von Arbeitnehmern durch die Zugehörigkeit ihrer Firma zu einem Gesundheitsnetzwerk um mehr als die Hälfte verringern lassen, so wären hierdurch beträchtliche positive Veränderungen - auch jenseits ausschließlich monetärer Dimensionen - zu erwarten.

**Anhang 10: Betriebsarztbefragung: Mittelwertsunterschiede bei den Instrumentarien zur frühzeitigen Erkennung eines drohenden Handlungsbedarfs**

		N	Mittelwert*	2	3
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung	1 ja, bin Mitglied	84	33,87888	,308	,004
	2 nein, bin kein Mitglied	139	28,88305		,036
	3 noch nichts ... gehört	256	21,03773		
	Gesamt	479	25,56624		
Analyse von Anwesenheits- bzw. Fehlzeiten der Mitarbeiter	1 ja, bin Mitglied	88	46,84474	,095	,008
	2 nein, bin kein Mitglied	127	37,89354		,374
	3 noch nichts ... gehört	242	34,13607		
	Gesamt	457	37,62745		
Gefährdungsbeurteilung	1 ja, bin Mitglied	89	75,64482	,459	,237
	2 nein, bin kein Mitglied	138	72,28814		,670
	3 noch nichts ... gehört	253	70,78321		
	Gesamt	480	72,11730		
Analyse der Fluktuation/Kündigung von Mitarbeitern, die in andere Betriebe gewechselt sind	1 ja, bin Mitglied	75	27,79152	,000	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	100	10,83652		,607
	3 noch nichts ... gehört	181	8,91096		
	Gesamt	356	13,42950		
Führung von Rückkehrgesprächen nach dem Ende von Krankheitszeiten	1 ja, bin Mitglied	86	40,48319	,586	,084
	2 nein, bin kein Mitglied	132	37,68280		,189
	3 noch nichts ... gehört	236	32,37672		
	Gesamt	454	35,45504		
Quote Gesundheitszirkel	1 ja, bin Mitglied	84	30,48522	,001	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	146	16,81264		,721
	3 noch nichts ... gehört	263	15,67270		
	Gesamt	493	18,53413		
Weiterverm. v. MA an externe Kooperationspartner zur Ermittlung und ggf. Deckung eines Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs	1 ja, bin Mitglied	77	29,31465	,097	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	135	21,47037		,033
	3 noch nichts ... gehört	229	13,79131		
	Gesamt	441	18,85247		
Spezielle Rückkehr-, Wiedereingliederungsprogramme für Mitarbeiter nach längerfristiger Krankheit/Rehabilitation	1 ja, bin Mitglied	84	45,15961	,320	,008
	2 nein, bin kein Mitglied	144	39,70875		,320
	3 noch nichts ... gehört	253	31,72301		
	Gesamt	481	36,46027		
Integrationsvereinbarungen	1 ja, bin Mitglied	73	30,35464	,459	,024
	2 nein, bin kein Mitglied	115	26,29961		,089
	3 noch nichts ... gehört	198	18,98861		
	Gesamt	386	23,31629		
Spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Befindlichkeitsstörungen	1 ja, bin Mitglied	85	15,28676	,147	,047
	2 nein, bin kein Mitglied	136	9,95219		,638
	3 noch nichts ... gehört	243	8,61159		
	Gesamt	464	10,22735		
Konzepte zur frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs	1 ja, bin Mitglied	82	17,83762	,024	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	135	10,01558		,070
	3 noch nichts ... gehört	235	5,18012		
	Gesamt	452	8,92061		
Durchführung von systematischen Mitarbeiterbefragungen z. B. zur Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter	1 ja, bin Mitglied	88	31,86964	,029	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	140	22,23127		,017
	3 noch nichts ... gehört	261	14,15216		
	Gesamt	489	19,65362		
Arbeitsplatzanalysen/Betriebsbegehungen zur Ermittlung des Gefährdungspotenzials an Arbeitsplätzen	1 ja, bin Mitglied	88	82,39146	,533	,565
	2 nein, bin kein Mitglied	139	84,90836		,139
	3 noch nichts ... gehört	258	80,28590		
	Gesamt	485	81,99273		
Analyse von Betriebsunfällen zur Vermeidung von	1 ja, bin Mitglied	88	68,94509	,858	,156

zukünftigen Unfällen	2 nein, bin kein Mitglied	138	69,86411		,058
	3 noch nichts ... gehört	263	62,37610		
	Gesamt	489	65,67143		
Gezielte Kampagnen zur Gesundheitsförderung	1 ja, bin Mitglied	87	47,76270	,519	,001
	2 nein, bin kein Mitglied	138	44,29900		,002
	3 noch nichts ... gehört	266	31,77587		
	Gesamt	491	38,12831		
Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsprofilen der Gesamtbelegschaft z. B. durch die Krankenkassen	1 ja, bin Mitglied	86	28,31726	,014	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	128	17,68704		,228
	3 noch nichts ... gehört	245	13,60309		
	Gesamt	459	17,49887		
Schwarzes Brett mit gesundheitlichen Themen	1 ja, bin Mitglied	86	36,26773	,079	,000
	2 nein, bin kein Mitglied	139	27,95845		,048
	3 noch nichts ... gehört	259	20,79844		
	Gesamt	484	25,60340		
Informationsstände mit Materialien zur Gesundheitsförderung von Krankenkassen, der Berufsgenossenschaft etc	1 ja, bin Mitglied	86	44,50931	,207	,004
	2 nein, bin kein Mitglied	132	37,76744		,080
	3 noch nichts ... gehört	248	30,48143		
	Gesamt	466	35,13411		
Unternehmensleitbild, in dem die Gesundheit der Mitarbeiter ein besonderes Thema ist	1 ja, bin Mitglied	86	29,54637	,303	,008
	2 nein, bin kein Mitglied	127	24,60476		,079
	3 noch nichts ... gehört	241	17,97173		
	Gesamt	454	22,01978		

\* Anwendungsprozentsatz = Prozentsatz derjenigen Betriebe, in denen das genannte Instrumentarium angewendet wird.

Dies wurde berechnet aus der Anzahl der vom Betriebsarzt insgesamt betreuten Betriebe und der Anzahl derjenigen Betriebe, in der das Instrumentarium angewendet wird.