

Ergebnisse einer Expertenbefragung zur Umsetzung der ganzheitlichen arbeitsmedizinischen Vorsorge in der betrieblichen Praxis

S. Aupers
F. Liebers

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berlin

(eingegangen am 17.11.2022, angenommen am 27.02.2023)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Results of an expert survey on the implementation of holistic occupational preventive healthcare in company practice

Objectives: The aim of the Ordinance on Preventive Occupational Medicine (ArbMedVV) is to detect and prevent work-related diseases at an early stage, to provide employees with individual advice and to support employers in matters of occupational health protection. The prevention potential of a holistic approach to occupational healthcare has been indicated for some time and is being further reinforced with a recent amendment to the ArbMedVV. The aim of this study was to obtain assessments of the implementation of holistic occupational healthcare (GAMV) based on expert interviews with occupational health and safety stakeholders.

Methods: Eleven expert interviews were conducted and evaluated with fourteen representatives from the units of the Committee for Occupational Medicine (AfAMed) at the Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS). The interview guide was based on the following model: On the one hand various factors influencing the implementation of the GAMV (e.g. legal and operational framework conditions) must be taken into account. With regard to the effects of the GAMV, a distinction must be made between expectations, the actual implementation observed, and the results achieved. In addition, derived aspects are to be considered.

Results: It becomes clear that there are deficits in the (successful) implementation of the GAMV. Possible reasons include, for example, the legal framework, resource issues, structural and organizational aspects of occupational healthcare, and the motivation of and information acquired by those involved.

Conclusions: The results indicate that the holistic approach to occupational healthcare formulated in the ArbMedVV requires increased awareness and implementation support. According to the experts, the new Occupational Medicine Rule (AMR 3.3) for the GAMV will be helpful.

Keywords: occupational health care – holistic approach – ArbMedVV – expert survey

Ergebnisse einer Expertenbefragung zur Umsetzung der ganzheitlichen arbeitsmedizinischen Vorsorge in der betrieblichen Praxis

Zielstellung: Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMed-VV) hat zum Ziel, arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu verhüten, Beschäftigte individuell zu beraten sowie Arbeitgeber in Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Auf das Präventionspotenzial eines ganzheitlichen Ansatzes der arbeitsmedizinischen Vorsorge wird seit längerem hingewiesen. Mit der letzten Novellierung der ArbMedVV wird dies nochmals gestärkt. Anliegen der hier vorgestellten Studie war es, über Experteninterviews mit Stakeholdern des medizinischen Arbeitsschutzes Einschätzungen zur Umsetzung der ganzheitlichen arbeitsmedizinischen Vorsorge (GAMV) zu erhalten.

Methode: Es wurden elf Experteninterviews mit vierzehn Vertreterinnen und Vertretern der Bänke des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geführt und ausgewertet. Dem Interviewleitfaden lag folgendes Modell zugrunde: Zum einen sind Einflussfaktoren (z. B. rechtliche und betriebliche Rahmenbedingungen) auf die Umsetzung der GAMV zu berücksichtigen. In Bezug auf die Effekte der GAMV ist zum anderen zwischen den Erwartungen, der tatsächlich beobachteten Umsetzung und den erzielten Ergebnissen zu unterscheiden. Außerdem sind daraus abgeleitete Aspekte (z. B. Bedarfe) zu betrachten.

Ergebnisse: Es wird deutlich, dass es Defizite bei der (erfolgreichen) Umsetzung der GAMV gibt. Mögliche Gründe hierfür liegen z. B. im rechtlichen Rahmen, in Ressourcenfragen, in strukturellen und organisatorischen Aspekten der betrieblichen Gesundheitsvorsorge sowie in der Information und Motivation der Beteiligten.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse legen nahe, dass der in der ArbMed-VV formulierte ganzheitliche Ansatz der arbeitsmedizinischen Vorsorge in Bekanntheit und Umsetzung Unterstützung benötigt. Hilfreich wird nach Auffassung der Expertinnen und Experten die neue arbeitsmedizinische Regel (AMR 3.3) zur GAMV sein.

Schlüsselwörter: arbeitsmedizinische Vorsorge – ganzheitlicher Ansatz – ArbMedVV – Expertenbefragung

Einleitung

Die arbeitsmedizinische Vorsorge (AMV) ist ein wesentlicher Bestandteil des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Möglichkeit der arbeitsmedizinischen Beratung und Betreuung von Beschäftigten durch Betriebsärztinnen/Betriebsärzte ist über das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) angelegt. Konkretisiert wird die AMV im Geltungsbereich des ArbSchG seit 2008 durch die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Das Ziel der Verordnung ist es, durch Maßnahmen der AMV arbeitsbedingte Erkrankungen, einschließlich Berufskrankheiten, frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll somit einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sowie zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten (§ 1 Abs. 1 ArbMedVV). Mit der letzten Änderung der ArbMedVV 2019 wurde der in der ArbMedVV intendierte ganzheitliche Aspekt der AMV durch den Gesetzgeber stärker hervorgehoben. Um die Umsetzung der ganzheitlichen AMV (GAMV) in der Praxis zu stärken, wurden an zwei Stellen Änderungen in die ArbMedVV aufgenommen. Falls sich aus der Gefährdungsbeurteilung mehr als ein Vorsorgeanlass ergibt, sind die Arbeitgeber angehalten, diese zu einem Gesamttermin zusammenzufassen (§ 3 Abs. 3 ArbMedVV). Zudem sollen die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte in der Arbeitsanamnese alle Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen komplex berücksichtigen (§ 6 Abs. 1 ArbMedVV). Sowohl die in der ArbMedVV verankerten Zielsetzungen und Handlungsschritte als auch die Betonung der Wunschvorsorge (§ 5a ArbMedVV) legen nahe, dass AMV nicht auf die im Anhang zur ArbMedVV aufgelisteten Anlässe zu begrenzen ist, sondern die Gesundheit der Beschäftigten im Zusammenhang mit allen Belastungen am Arbeitsplatz zu betrachten ist (Bundesregierung 2019; S. 4).

Durch die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), den Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) (Drexler et al. 2015; Kraus u. Panter 2021) sowie die deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV 2019) wird bereits seit längerem auf das große Präventionspotenzial (ganzheitlicher) arbeitsmedizinischer Betreuung hingewiesen. Vom Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde diesem Gedanken folgend im November 2022 die Arbeitsmedizinische Regel (AMR 3.3) „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge unter Berücksichtigung aller Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen“ beschlossen (BAuA 2022).

Wissenschaftliche Untersuchungen zu den Rahmenbedingungen und zur betrieblichen Umsetzung der AMV in Deutschland wurden bisher nur wenige durchgeführt. Bei einer Literaturrecherche diverser Datenbanken mit 1287 Treffern über livivo.de (Suchbegriffe: „arbeitsmedizinisch“ und „Vorsorge“) wurden Studien in Deutschland im Zeitraum von 1995 bis 2022 berücksichtigt. Mit dem Schwerpunkt auf Organisation und Durchführung von AMV sind einige qualitative Studien (Barth et al. 2014; Grooten et al. 2016; Michaelis et al. 2013a,b; Preiser et al. 2013; Stranzinger u. Nienhaus 2018; Stranzinger et al. 2016; Stratil et al. 2017a,b; Stratil et al. 2018; Voelter-Mahlknecht et al. 2013, 2015, 2017), Querschnittuntersuchungen (Berger 2005; Hoge et al. 2019; Olszewski et al. 2021; Peters et al. 2017; Seibt et al. 2011; Winkler et al. 2015), eine Kohortenstudie (Ott et al. 2010) sowie ein Pilotprojekt zur sicherheitstechnischen und be-

triebsärztlichen Betreuung (Bell 2022; Bell et al. 2021) veröffentlicht. Direkt in Bezug auf die Einflussfaktoren und die Ergebnisse eines ganzheitlichen Vorgehens in der AMV liegen auch aus diesen Studien keine Aussagen vor. Holistische Ansätze der arbeitsmedizinischen Betreuung von Beschäftigten werden in einer Reihe von Statements, national und international, eingefordert (Arandjelovic 2011; DGUV 2019; Kraus u. Panter 2021; Peckham et al. 2017; Schulte et al. 2019; Vanhoorne et al. 2006; Yassi 2005; Zink 1999).

Offen ist, inwieweit dieses Potenzial der AMV in der Praxis tatsächlich ausgeschöpft wird. Es besteht ein breites Interesse an Erkenntnissen zur AMV, insbesondere bezogen auf das Verständnis der Ganzheitlichkeit und deren Umsetzung in der Praxis.

Fragestellung/Zielstellung

Ziel der hier vorgestellten Studie war es, durch eine qualitative Befragung von Vertreterinnen und Vertretern des AfAMed als Stakeholder des medizinischen Arbeitsschutzes, Erkenntnisse zur Umsetzung der GAMV zu erhalten. Folgende Einschätzungen der Befragten galt es mit der Studie primär zu erheben:

- Worin liegen die Erwartungen der Beteiligten an eine GAMV?
- Werden in der Praxis die verschiedenen Vorsorgeanlässe zu einem Termin zusammengelegt und finden gegebenenfalls auch andere Anlässe Berücksichtigung?
- Werden in der Arbeitsanamnese die an einem Arbeitsplatz vorkommenden Expositionen in ihrer Gesamtheit betrachtet?
- Welche Erfahrungen mit der ganzheitlichen Vorsorge liegen von Seiten der unterschiedlichen Akteure vor?
- Welche Ergebnisse wurden bisher mit dem Ansatz der ganzheitlichen Vorsorge erzielt?
- Welche Faktoren beeinflussen (fördernd/hemmend) die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes der Vorsorge?
- Was müsste sich ändern (Bedarfe), damit das Anliegen der ArbMedVV für ein ganzheitliches Vorgehen in der AMV umgesetzt wird?

Methoden

Diese Studie ist eine Interviewstudie mit qualitativem Studiendesign (Kuckartz u. Rädiker 2022). Durchgeführt wurden elf ca. 60-minütige Experteninterviews mit vierzehn Vertreterinnen und Vertretern der Bänke des AfAMed (Arbeitgeber, Gewerkschaften, gesetzliche Unfallversicherung, Länder, Wissenschaft) sowie des BMAS und der betriebsärztlichen Fachgesellschaften. Für die Interviews wurden Expertinnen und Experten gewonnen, die AMV nach ArbMedVV gestalten beziehungsweise an deren Umsetzung in der Praxis mitwirken. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde auf das Fachwissen und die konkreten Einschätzungen der Befragten abgezielt. Die Interviews wurden basierend auf einem Interviewleitfaden strukturiert, teilstandardisiert und in den Fragen offen und mit gezielten Nachfragen entsprechend Meuser und Nagel (1991) erhoben.

Dem Interviewleitfaden wurde das in  **Abb. 1** dargestellte Modell zugrunde gelegt. Verschiedene Einflussfaktoren, wie der rechtliche Rahmen, weitere (betriebliche) Bedingungen, der Praxistransfer durch Information und Kenntnisse der Beteiligten, spielen eine Rolle bei der Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes der AMV. In

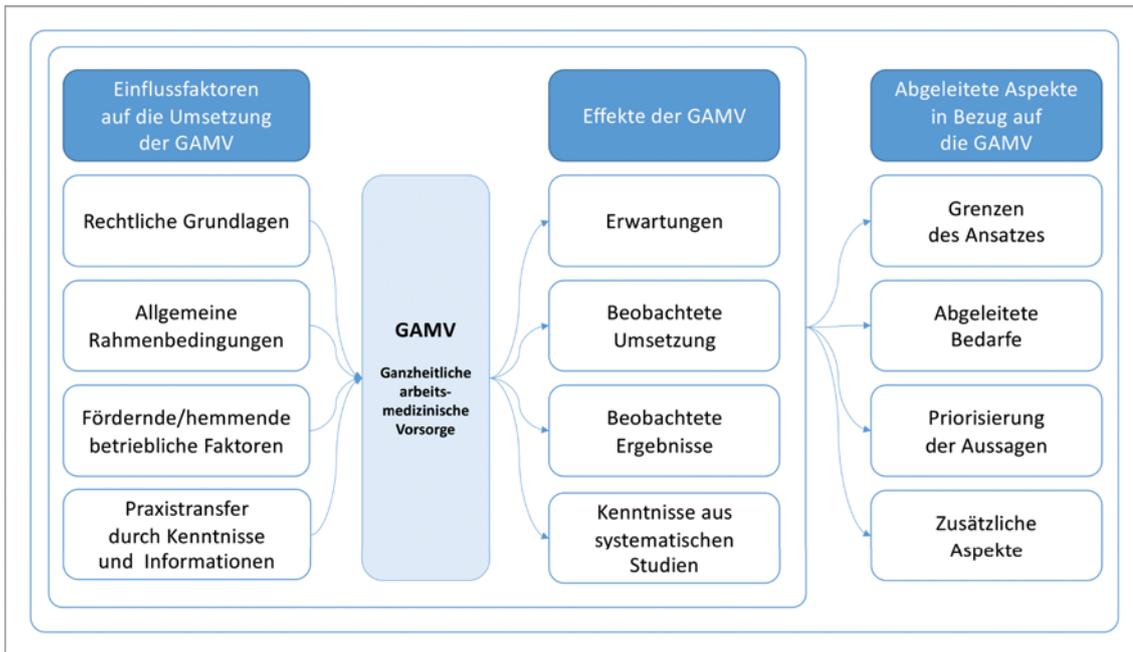


Abb. 1: Modell und Kategoriensystem des Fragenkatalogs, der den Experteninterviews zugrunde gelegt wurde
 Fig. 1: Model and category system of the questionnaire on which the expert interviews were based

Bezug auf die Effekte der GAMV war zwischen den Erwartungen, der tatsächlich beobachteten Umsetzung und den Ergebnissen sowie vorliegenden Kenntnissen aus systematischen Studien zu unterscheiden. Daraus folgend waren abgeleitete Aussagen der Interviewten zur Priorisierung, zu Grenzen und zu Bedarfen des Ansatzes der GAMV sowie zusätzliche Aspekte zu beachten.

Die Interviewten wurden vorab über die Zielsetzung der Studie und die Interviewinhalte informiert und stimmten der Teilnahme und der Audio-Aufzeichnung des Interviews zu. Am Interview waren eine Studienmitarbeiterin als Interviewerin und ein bis zwei Interviewpartner der jeweiligen Bank/Institution beteiligt. Die Gesprächsinhalte der Interviews wurden als Audiodatei per WebEx® beziehungsweise Digitalrecorder aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Hierbei wurde die interviewte Person anonymisiert sowie Dritte und/oder Institutionen identifizierende Inhalte pseudonymisiert. Die Transkripte wurden anschließend mit der Software MAXQDA® inhaltlich ausgewertet und codiert. Das Codesystem folgte den Fragen des Leitfadens zu den Kategorien des o. g. Modells (s. Abb. 1).

Die Feincodierung der Aussagen (Subcodes) innerhalb der Kategorien (Codes) berücksichtigte thematische Aussagen, Begründungen, Hintergründe sowie Bedingungen. Die Antwortcodes wurden pro Kategorie weiter gruppiert. Die Auswertung erfolgte pro Kategorie unter Berücksichtigung der Häufigkeit der Antwortcodes qualitativ beschreibend.

Ergebnisse

In der Ergebnisdarstellung werden nicht alle Einzelaussagen aufgeführt. Zitate werden zur Veranschaulichung im Einzelfall verwendet. Expertinnen und Experten werden in der Ergebnisdarstellung einheitlich als „Experten“ bezeichnet beziehungsweise mit „Exp.“ abgekürzt.

➔ **Tabelle 1** zeigt eine Übersicht über die Metadaten der Interviews, und der pro Antwortkategorie codierten Textsegmente. Es wur-

den insgesamt 893 Textsegmente codiert, im Mittel 81 Textsegmente pro Interview.

Aussagen zu Einflussfaktoren auf die Umsetzung der GAMV

Rechtliche Grundlagen der GAMV

Als wichtigsten Aspekt in Bezug auf die inhaltlichen Anpassungen der ArbMedVV nennen sieben Experten die Zusammenlegung von Vorsorgeterminen zu einem Gesamttermin (§3 Abs. 3 ArbMedVV). Ein weiterer, mehrfach genannter Aspekt (5 Exp.) ist die Stärkung der umfassenden Arbeitsanamnese durch die Pflicht der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte, alle arbeitsbedingten Gefährdungen und Belastungen zu erfassen (§6 Abs. 1 ArbMedVV). Die Zusammenlegung der Termine wird überwiegend positiv bewertet, da dieses Vorgehen die Arbeitgeber entlastet. Kritisch merken drei Experten an, dass derzeit keine klare gesetzliche Regelung für die Rückmeldung der Eignung von Beschäftigten für bestimmte Tätigkeiten existiere. In Bezug auf den Anhang der ArbMedVV nehmen zwei Experten seit der Novellierung eine Abkehr von der bis zur Änderung vorherrschenden anlassbezogenen AMV wahr:

„In der Vergangenheit ist es ja doch eher so gewesen, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge sehr anlassbezogen erfolgt ist. Man hat den Anlass im Anhang der ArbMedVV und den hat man dann abgearbeitet, so ein bisschen überspitzt mit Scheuklappen, also weder links noch rechts geguckt, sondern eigentlich sich nur auf diesen Anlass fokussiert“ (B.02).

Weitere Aspekte sind die Klärung von Begriffen und Erwartungshaltungen (2 Exp.) und damit auch eine Abgrenzung der GAMV nach ArbMedVV zum allgemein verwendeten Verständnis von Ganzheitlichkeit (1 Exp.). Zudem wird von zwei Befragten die Möglichkeit genannt, den Vorsorgeanlass als Einstieg in die GAMV zu nutzen.

Tabelle 1: Metadaten zu den im Rahmen der Studie durchgeführten Interviews

Table 1: Metadata on the interviews conducted as part of the study

Parameter der Interviews	Ausprägung	
Anzahl durchgeführter Interviews	11	
Im Zeitraum (von, bis)	23.02.2022 bis 13.04.2022	
Mittlere Dauer der Interviews	1:03 h (min. 0:38 h; max. 1:14 h)	
Art des Interviews	– Telefoninterview: – Videokonferenz per WebEx®:	1 10
Art der Audioaufzeichnung	– Aufzeichnungen per WebEx® (Audio): – Aufzeichnungen per Digitalrecorder:	2 9
Anzahl der interviewten Personen	14 (im Text zitiert als „B.01“ bis „B.14“)	
Anzahl interviewter Personen pro Interview	– Interviews mit 2 Personen: – Interviews mit 1 Person:	3 8
Berufe der interviewten Personen	– Arbeitswissenschaftlerin/ –wissenschaftler: – Ärztin/Arzt: – Juristin/Jurist: – Physikerin/Physiker: – Politologin/Politologe: – Soziologin/Soziologe:	1 8 2 1 1 1
Beteiligte Bänke/Institutionen und Anzahl der Vertreterinnen/Vertreter	– BMAS: – Länder: – Gesetzliche Unfallversicherung: – Arbeitgeber: – Gewerkschaften: – Betriebsärztliche Fachgesellschaften: – Wissenschaft:	1 2 3 2 2 3 1
Anzahl der codierten Textsegmente (Antworten/Aussagen pro Kategorie bzw. sonstige Aussagen, mehrere Codierungen pro Interview und Expertin/Experte)	<i>Einflussfaktoren auf die GAMV</i> – Rechtliche Grundlagen: – Rahmenbedingungen allgemein: – Betriebliche Faktoren: – Praxistransfer: <i>Effekte der GAMV</i> – Erwartungen: – Beobachtete Effekte: – Beobachtete Ergebnisse: <i>Abgeleitete Aussagen</i> – Priorisierung der Aussagen: – Grenzen des Ansatzes: – Abgeleitete Bedarfe: – Zusätzliche Aussagen: – Andere Aspekte:	66 63 81 59 102 95 53 43 68 114 18 131
Codierte Textsegmente insgesamt: Mittel pro Interview: (Min. – Max.):		893 81 (54–124)

Auf die Frage, ob es den Begriff oder zumindest den Ansatz der Ganzheitlichkeit in der AMV bereits vor der Änderung der ArbMedVV gab, sind die Antworten eher verhalten. Drei Experten bemängeln, dass das Verständnis von „ganzheitlich“ sehr heterogen sei. Fünf Experten sehen aber inhaltlich bereits eine Umsetzung der GAMV.

Rahmenbedingungen der AMV

Als Voraussetzung für eine gute Organisation der AMV seien zum einen ausreichende zeitliche und personelle betriebsärztliche Res-

ourcen notwendig (4 Exp.). Zum anderen sollten die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte die Betriebe beziehungsweise Arbeitsplätze gut kennen, oder zumindest eine gute Gefährdungsbeurteilung als Grundlage vorliegen haben (3 Exp.).

Die Qualifikation der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte wird in Bezug auf die Ausbildung und Praxiserfahrung sowie zur somatischen Gesundheit positiv bewertet. Einige Experten sprechen Defizite bei den Kenntnissen zur seelischen Gesunderhaltung und fehlende Branchenkenntnisse an. Insgesamt wird ein erhöhter Schulungsbedarf nach derartigen Novellierungen wahrgenommen, der sich nicht immer in den Weiterbildungsinhalten widerspiegelt.

In Bezug auf die Frage, welche Rolle die Betriebsgröße und die Art der betriebsärztlichen Betreuung auf die GAMV spielen, nehmen drei Befragte eine bessere betriebsärztliche Versorgung bei Unternehmen wahr, die durch eigene Werksärztinnen/Werksärzte betreut werden, gefolgt von denen, die eine betriebsärztliche Praxis beauftragen. Eine mangelnde Kontinuität und das Abarbeiten von Untersuchungsanlässen sehen die Befragten hingegen bei den überregionalen betriebsärztlichen Diensten. Das alternative Betreuungsmodell, entsprechend dem Anhang zur DGUV V2 (DGUV 2011), fällt durch eine insgesamt mangelhafte Betreuung der teilnehmenden Betriebe auf (4 Exp.). Erhebliche Unterschiede sehen drei Befragte in Bezug auf die Größe der Unternehmen. Dabei ist ihrer Einschätzung nach die betriebsärztliche Betreuung in Großunternehmen mit einer weit fortgeschrittenen Organisation der Vorsorge deutlich besser. In Klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) hingegen kennen die betreuenden Betriebsärztinnen/Betriebsärzte den Betrieb oftmals nicht (2 Exp.).

Fördernde/hemmende Faktoren der GAMV in der betrieblichen Praxis

Nach Fördernissen und Hemmnissen auf die Umsetzung der GAMV befragt, beziehen sich die fördernden Faktoren häufig auf die (intrinsic) Motivation der Beteiligten. So unterstütze die GAMV die allgemeine Bereitschaft, sich des Themas anzunehmen (3 Exp.). Auch das Engagement der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte und deren Wille zum ganzheitlichen Handeln beeinflussen das Outcome positiv (3 Exp.). Förderlich sei auch, wenn die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte die Arbeitgeber gut informieren und für das Thema sensibilisieren (1 Exp.), zum Beispiel durch eine gute Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse der AMV (2 Exp.). Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte mit anderen Fachdisziplinen und Bereichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sei ein weiterer positiver Faktor (3 Exp.). Ein Experte formuliert es folgendermaßen:

„Es geht wirklich um die gute Vernetzung innerhalb des Systems und das ist ja etwas, was die ArbMedVV auch klar sagt. Die will, dass es eben eine Verzahnung der arbeitsmedizinischen Vorsorge gibt, mit den allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge“ (B.11).

Insgesamt förderlich im betrieblichen und auch organisatorischen Kontext seien eine gute Kooperation und ein umfassender Austausch der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte mit den Arbeitgebern, aber auch mit den Betriebs- bzw. Personalräten (4 Exp.). Die Gesunderhaltung

der Beschäftigten als gemeinsames betriebliches Ziel (2 Exp.) verbessere auch das Vertrauensverhältnis der Beschäftigten zu den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten (3 Exp.).

Als übergeordnete, die Umsetzung der GAMV negativ beeinflussende Faktoren werden zum einen die mangelnde Bekanntheit der Änderungen (2 Exp.), ungeklärte Fragen der Finanzierung und fehlende finanzielle (4 Exp.), aber auch fehlende betriebsärztliche Ressourcen (2 Exp.), benannt. Auch Zeitmangel und zu geringe Zeitbudgets in KMU (3 Exp.) werden erwähnt. Dass die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte oftmals an den G-Grundsätzen (DGUV 2014) festhalten (3 Exp.) und vor allem in überbetrieblichen Diensten Vorsorge nach Checkliste betreiben (4 Exp.), wird ebenfalls als hemmend bewertet. Dies sei Resultat des Anhangs und der damit einhergehenden rein anlassbezogenen Vorsorge (1 Exp.).

Die unklare, aber notwendige Abgrenzung zu anderen Systemen der Vorsorge und Prävention (2 Exp.) sowie zur haus- beziehungsweise fachärztlichen Betreuung (2 Exp.), sind weitere genannte Aspekte. Im betrieblichen Kontext wird als hemmend benannt, dass die Gesunderhaltung häufig kein klares Unternehmensziel ist (2 Exp.) und die Arbeitgeber die AMV lediglich als lästige Pflicht ansehen (1 Exp.). Die Beschäftigten hätten zudem häufig kein Vertrauen zu den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten, da der geschützte Umgang mit ihren Gesundheitsdaten nicht klar sei (3 Exp.). Zwei Befragte wünschen sich eine Evaluation von Maßnahmen.

Praxistransfer durch Information und Kenntnisse der Beteiligten

Bezüglich der Frage, wie sich der Ansatz der GAMV vermitteln und der Transfer in das betriebsärztliche Handeln gestalten ließe, beziehen sich viele Antworten auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung und damit Qualifizierung der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte (7 Exp.). Diese sollten zudem den Arbeitgebern den betrieblichen Nutzen zum Beispiel im Rahmen von Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses (ASA) vermitteln (6 Exp.). Zu erläuternde Fragen wären beispielsweise:

„Wo bringt ganzheitliche Vorsorge die Betriebe weiter, welchen Effekt hat das auf die Betriebe? Also zum Beispiel verbessert das tatsächlich die Beschäftigungsfähigkeit? Führt das dazu, dass zum Beispiel die Produktivität sich verbessert, dass Arbeitsergebnisse sich verbessern, dass die Beschäftigten motivierter sind, oder dass man Qualitätsverbesserungen hat, also in welchem Zusammenhang steht das?“ (B.05).

Insgesamt müsse den Änderungen aber noch Zeit gegeben werden zu wirken. Es seien viele kleine Schritte notwendig (2 Exp.). Vor dem Transfer sei zudem ein gemeinsames Verständnis von Ganzheitlichkeit notwendig und die bessere Vermittlung der GAMV durch alle (medialen) Kanäle (2 Exp.).

Aussagen zu Ergebnissen der GAMV

Erwartungen an die GAMV

Die Erwartungen der Befragten an eine GAMV beziehen sich vorrangig auf die präventivmedizinische Beratung und Empfehlungen durch die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte. Dabei betonen drei Experten die Chance, die Erreichbarkeit der Beschäftigten im Setting Be-

trieb zu nutzen. Auch die ausführliche Anamnese mit der Erfassung aller Gefährdungen und Belastungen, wird als Erwartung formuliert (2 Exp.), wobei die Beratung der Beschäftigten und der Präventionsgedanke im Vordergrund stehen sollten (2 Exp.). Eine individuelle Gesundheitsberatung (1 Exp.) und ein über die Wunschvorsorge hinausgehendes Beratungsangebot für alle Beschäftigten (1 Exp.) werden ebenfalls formuliert. Weitere Erwartungen beziehen sich auf die Berücksichtigung auch psychischer Belastungen, das Angebot einer Berufsberatung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sowie die Thematisierung einer beruflichen Wiedereingliederung. Bei all dem sollte aber zwingend das Selbstbestimmungsrecht der Beschäftigten gewahrt werden.

Weitere Antworten zielen auf die Möglichkeit, die in der AMV gewonnenen Erkenntnisse für die Ableitung von Maßnahmen zu nutzen und die Hoffnung, dass durch eine umfassende Arbeitsanamnese Lücken in der Erfassung von Berufskrankheiten geschlossen werden.

In Bezug auf Schnittstellen, aber auch auf die Abgrenzung der AMV im medizinischen Betreuungssystem, sehen zwei Experten die Notwendigkeit zwischen der GAMV und anderen Vorsorgen und Präventionsmaßnahmen nach dem 5. und 7. Sozialgesetzbuch zu unterscheiden. Favorisiert wird eine Einbettung der AMV in ein System mit guten Schnittstellen zu anderen Professionen und ein Stufenschema mit allgemeinem Einstieg und individueller Spezifizierung der Inhalte (2 Exp.).

Die Frage, ob der in der ArbMedVV formulierte ganzheitliche Anspruch der AMV ihren persönlichen Erwartungen an Ganzheitlichkeit gerecht wird, wird von keinem der Befragten eindeutig bejaht. Dreimal wird das Ja relativiert mit der Aussage, dass die Umsetzung und die Kontrolle fehlen, zweimal, dass die Umsetzung der Änderungen ein laufender Prozess ist und noch Zeit benötigt:

„Wir haben es eben nach wie vor, ganz wesentlich in den meisten Betrieben und Betreuungssituationen, mit einer Untersuchungsmedizin zu tun. [...] Und in der Arbeitsmedizin ist man eben ganz besonders aufgerufen, sich auch mit den Rahmenbedingungen, mit den Verhältnissen zu befassen. [...] Und das ist aber eine Botschaft, die nicht bei allen Akteuren ankommt bisher, bei den Ärzten nicht, bei den Arbeitgebern nicht, bei den Beschäftigten auch nicht“ (B.12).

Zwei Experten sehen die [zum Interviewzeitpunkt] geplante AMR zur GAMV als notwendige Ergänzung zur Konkretisierung des Anliegens. Mit Nein antworten sieben der Experten. Zwei nennen zur Begründung, dass die Psyche stärkere Berücksichtigung finden müsste, zwei, dass die Ausgestaltung und die Bekanntheit der Änderungen fehlen. Weitere Aspekte sind eine notwendige Differenzierung nach Betriebsgröße sowie eine Verdeutlichung des Arbeitsplatzbezugs.

Insgesamt sechsmal wird die ArbMedVV als vollständig und umfassend bewertet und keine fehlenden Aspekte erwähnt.

Umsetzung des ganzheitlichen Anspruchs der ArbMedVV

Insgesamt zehn Experten treffen die Einschätzung, dass in der Praxis die Vorsorgeanlässe entsprechend ArbMedVV zu einem Termin zusammengelegt werden. Begründet wird dies überwiegend mit Ressourcenersparnis (6 Exp.). Einschränkend wird von zwei Experten angegeben, dass dieses Vorgehen bereits vor Änderung der

ArbMedVV vor allem in Großunternehmen Praxis war. Das Fehlen belegbarer (statistischer) Zahlen wird von zwei Experten thematisiert. Die Vereinheitlichung der Fristen nach AMR 2.1 (BAuA 2016) wird von einem Experten explizit hervorgehoben.

Sieben Experten bestätigen, dass im Rahmen der Vorsorge auch Anlässe Berücksichtigung finden, die nicht im Anhang zur ArbMedVV definiert sind. Dies sei allerdings abhängig von der Betriebsgröße beziehungsweise der Motivation der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte. Die Abgrenzung zwischen AMV und betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) als freiwillige Leistung der Arbeitgeber, sei zu beachten (1 Exp.). Vier Experten verneinen die Frage, von den Arbeitgebern werde nur bezahlt, was entsprechend Anhang zur ArbMedVV definiert ist. Von den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten werde weiterhin Vorsorge in Bezug auf Einzelanlässe durchgeführt.

Von sieben Experten wird die Frage, ob in den Betrieben im Rahmen der AMV in der Arbeitsanamnese die an einem Arbeitsplatz vorkommenden Expositionen in ihrer Gesamtheit betrachtet werden, verneint. Der Fokus der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte liege weiterhin auf der Durchführung von Untersuchungen nach den Grundsätzen (4 Exp.). Expositionen in ihrer Gesamtheit zu betrachten sei, insbesondere in überbetrieblichen Diensten, nicht verbreitet (3 Exp.). Von nur drei Experten wird die Frage bestätigt. Dies treffe insbesondere auf Großunternehmen, jedoch selten auf KMU zu und sei abhängig von den Informationen zum Arbeitsplatz, die den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten vorliegen.

Die Antworten auf die Frage, ob das in der ArbMedVV formulierte Anliegen des ganzheitlichen Vorgehens in der AMV unter den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten und in den Betrieben bekannt ist, fielen heterogen in Bezug auf die Akteure aus. Sieben Experten denken, dass die GAMV unter Betriebsärztinnen/Betriebsärzten bekannt ist. Verneint wird die Frage in Bezug auf die Arbeitgeber (3 Exp.), die Aufsicht (1 Exp.), die Beschäftigten (1 Exp.) und auch unter Ärztinnen/Ärzten beim Berufseinstieg (1 Exp.).

Auf die Frage, ob es Unterschiede in der Umsetzung in Bezug auf die Betriebsgröße, Branche oder die Art der betriebsärztlichen Betreuung gibt, wird eine Umsetzung der GAMV am ehesten in Großunternehmen gesehen. Die Umsetzung sei insgesamt aber eher abhängig von den Ressourcen und den Ansprüchen der Arbeitgeber als Kunden und abhängig von der Motivation der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte.

Erzielte Ergebnisse der GAMV

Die Mehrheit der Experten gibt an, bereits persönlich mit der GAMV in Berührung gekommen zu sein, teilweise als Arbeitgeber, aber auch als Arbeitnehmer, am häufigsten allerdings im Rahmen der Tätigkeit in Gremien, Ausschüssen oder ASA Sitzungen. Die Bewertung fällt dabei unterschiedlich aus, von ausgesprochen positiv auch beim Austausch mit Kolleginnen/Kollegen und Beschäftigten bis hin zu eher schlechten als Arbeitnehmende.

Eine Mehrzahl sieht bisher keine Ergebnisse beziehungsweise keine große Wirkung (4 Exp.) seit der Novellierung der ArbMedVV oder findet dies schwer zu beurteilen (3 Exp.). Die Pandemie habe in den Jahren seit der Änderung im Vordergrund gestanden (3 Exp.).

Sechs Experten nehmen einen großen Unterschied bei den (zu erwartenden) Ergebnissen der GAMV je nach Betriebsgröße wahr. Am besten sind ihrer Einschätzung nach die Ergebnisse in Großun-

ternehmen, gefolgt von KMU. Kleinstunternehmen hingegen haben nach Einschätzung der Befragten oft gar keine betriebsärztliche Betreuung:

„Wir haben da ein klares Gefälle in der arbeitsmedizinischen Versorgung. Das heißt in den Großbetrieben ist das sicherlich auch ein Grundstandard. Das schließt nicht aus, dass es auch in Kleinstbetrieben ein guter Standard ist, aber wenn Sie das in der Fläche und in der Masse sehen, dann ist das natürlich nicht so gut.“ (B.01).

Kenntnisse über systematische Untersuchungen zur AMV

Auf die Frage, ob es ihres Wissens nach Projekte oder Studien zur Bewertung der AMV gibt, werden viele Einzelantworten sowie der Hinweis gegeben, dass es wenige Studien und wenn, dann eher Ansätze zur Evaluation mit anderen Zielsetzungen gäbe. Sieben Experten beantworten die Frage mit Nein. Weitere drei Experten mahnen eine wissenschaftliche Evaluierung der AMV an.

Aussagen zu abgeleiteten Aspekten mit Bezug auf die GAMV

Grenzen der GAMV

Begrenzungen der Möglichkeiten des ganzheitlichen Ansatzes der AMV werden beim Selbstbestimmungsrecht der Beschäftigten (5 Exp.) sowie beim Datenschutz (2 Exp.) gesehen. Insgesamt seien die Zuständigkeiten und Grenzen ein sich stetig entwickelnder Prozess (1 Exp.). Eine klare Abgrenzung zur haus- und fachärztlichen Betreuung (7 Exp.), zu BGF und zu sonstigen Sozialleistungen (8 Exp.) wird häufig genannt. Die Betriebsärztinnen/Betriebsärzte hätten vor allem eine Lotsenfunktion, und die Abgrenzung zu anderen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sei zwar oft nicht leicht, aber dennoch notwendig. Auch bei einer ganzheitlichen Betrachtung müsse der Arbeitsplatzbezug eindeutig gegeben sein (3 Exp.) und das betriebsärztliche Handeln dem Kausalitätsprinzip folgen (5 Exp.).

Bedarfe und zukünftige Handlungserfordernisse

Bezogen auf die Frage, was sich ändern müsste, damit die GAMV breit umgesetzt werden kann, wird angeregt, das ganzheitliche Vorgehen genauer zu definieren (3 Exp.), z. B. über eine spezifische AMR (4 Exp.). Außerdem sei der in der ArbMedVV definierte Anlassbezug zu überdenken (3 Exp.). Möglichkeiten des Zugangs zur AMV, insbesondere über die Wunschvorsorge, sollten besser von den Betriebsärztinnen/Betriebsärzten kommuniziert (5 Exp.) und damit gestärkt werden (1 Exp.). Von zwei Experten wird darauf hingewiesen, dass für die Umsetzung der GAMV eine größere Anzahl an Betriebsärztinnen/Betriebsärzten nötig sei.

Eine Evaluation der Effekte der Änderung der ArbMedVV in Bezug auf den Ansatz der GAMV und insbesondere deren Wirkung auf KMU, wird ebenfalls angeregt (4 Exp.). Ebenso sollten die Inhalte und Methoden der AMV selbst evaluiert werden (3 Exp.). Einschränkung wird hierzu angegeben, dass die Überprüfung der Effekte der GAMV schwierig ist (3 Exp.). Insbesondere die Zuständigkeiten und Kapazitäten der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht müssten hierfür ausgebaut und gestärkt werden (5 Exp.). Der Ansatz der GAMV sollte zudem in der Fort- und Weiterbildung der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte stärker integriert werden (3 Exp.).

Schnittstellen der GAMV zu anderen Bereichen der Gesundheitsvorsorge werden von vielen Befragten gesehen. Favorisiert wird hierbei der Auf- und Ausbau eines interdisziplinären Netzwerks, in dem Betriebsärztinnen/Betriebsärzte koordinieren (3 Exp.) und die Arbeitgeber zu allen Gesundheitsfragen beraten (1 Exp.). Synergien werden im Rahmen des Präventionsgesetzes im Setting Betrieb allgemein (4 Exp.), zur BGF (6 Exp.), zur Rehabilitation (3 Exp.), zur Sozialberatung, Schuldnerberatung, psychologischen Beratung sowie zu Selbsthilfegruppen gesehen (je Einzelantworten).

Priorisierung der Aussagen

Die Frage, wie GAMV gestaltet werden müsste, brachte eine Fülle an Aussagen. So wird zum Beispiel eine Anlehnung an das Positionspapier von DGAUM und VDBW (Kraus u. Panter 2021), genannt. Zudem sollten die Zugangswege zur AMV ausgebaut werden und möglichst niedrigschwellig sein (2 Exp.). Dies betrifft auch gute Informationen zur Wunschvorsorge. Die GAMV als Tool zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu propagieren und den Präventionsansatz zu stärken, auch zur Reduktion von Fehlzeiten, sind weitere genannte Gedanken. Ein Experte antizipiert, dass durch den Ausbau einer evidenzbasierten AMV Zeitressourcen für eine umfassendere Anamnese und Beratung der Beschäftigten frei werden.

Als Hemmschuh der GAMV beurteilen nur zwei Experten die ArbMedVV. Positiv bewertet wird, dass die ArbMedVV einen rechtlichen Rahmen schafft (3 Exp.) und insbesondere Handlungsanleitungen bei Gefährdungen gibt (1 Exp.).

Einige Experten würden neue Wege beschreiten wollen, um den Zugang der Beschäftigten zur GAMV zu verbessern, beispielsweise über eine arbeitsmedizinische Sprechstunde (3 Exp.), arbeitsmedizinische Ambulanzen (2 Exp.) oder die Integration der AMV in medizinische Versorgungszentren (1 Exp.). Damit ließe sich ein System erschaffen, das allen Beschäftigten den Zugang zur (Wunsch-)Vorsorge ermöglicht.

Zwei Experten denken, dass die GAMV für die Unternehmen essenziell ist, um zukunftsträchtig zu sein. Einer merkt an, dass neue Arbeitsformen zukünftig mehr Beachtung finden müssen. Ein anderer Experte sieht die Notwendigkeit den derzeitigen Interpretationsbedarf und die unklaren

Tabelle 2: Übersicht der durch die Autorin/den Autor priorisierten Aussagen aus 11 Interviews mit 14 Expertinnen/Experten in 11 Fragekategorien

Table 2: Overview of the statements from 11 interviews with 14 experts in 11 categories of questions, prioritized by the authors

Kategorien der Fragen in den Interviews	Priorisierte Aussagen aus den Interviews
Einflussfaktoren auf die GAMV	
Rechtliche Grundlagen der GAMV	
Wichtige Aspekte der Änderung	– Zusammenlegung der Vorsorgetermine – Umfassende Arbeitsanamnese
Begriff Ganzheitlichkeit der AMV vor Änderung	– Heterogen bewertet, meist „Ja, aber“
Rahmenbedingungen der GAMV	
Organisatorische Voraussetzungen	– Regelung der Kostenübernahme – Schnittstellen klären
Qualifikation der BÄ	– Beratungskompetenz stärken – Branchen- und Betriebskenntnisse ausbauen
Art der betriebsärztlichen Betreuung	– Innerbetrieblich besser als extern – Überbetriebliche Dienste vielfach schlecht bewertet durch mangelnde Kontinuität in der BÄ-Betreuung – Alternatives Betreuungsmodell muss überprüft werden
Rolle der Betriebsgröße	– Je größer das Unternehmen, desto besser die Betreuung
Fördernde/hemmende Faktoren der GAMV in der betrieblichen Praxis	
Fördernde Faktoren	– Motivation, Vertrauen, Information, Vernetzung der Akteure, Evaluation, Kontinuität in der Betreuung – Gesetzlicher Rahmen
Hemmende Faktoren	– Unklare Finanzierung, fehlendes Zeitbudget, fehlende betriebsärztliche Ressourcen, Organisation des AGS/BGM – Mangelnde Bekanntheit des Ansatzes – Festhalten an der Untersuchungsmedizin
Praxistransfer durch Information und Kenntnisse bei Beteiligten	
Vermittlung der GAMV und Transfer in die Praxis	– Fort-/Weiterbildung der BÄ intensivieren – AMR zur GAMV
Effekte der GAMV	
Erwartungen an die GAMV	
Generelle Erwartungen	– Paradigmenwechsel: weg von Untersuchungsmedizin, hin zur präventiven arbeitsmedizinischen Beratung
Erwartung erfüllt	– „Ja“, teilweise bis hin zu „Nein“
Fehlende Aspekte	– Anhang der ArbMedVV muss angepasst werden – AMR zur Klarstellung
Umsetzung des ganzheitlichen Anspruchs der ArbMedVV	
Zusammenlegung der Termine	– Heterogen: „Ja“ bis „Ja, aber“, Ressourcenersparnis
Sonstige Anlässe	– Heterogen: „Ja“ bis „Nein“
Erfassung aller Belastungen	– Eher „Nein“
Bekanntheit der Änderung	– „Ja“ unter BÄ, „Nein“ bei anderen Akteuren
Unterschiede nach Betriebsgröße etc.	– „Ja“, Umsetzung eher in Großunternehmen – Abhängig vom Engagement der Betriebsärzte
Erzielte Ergebnisse der GAMV	
Erzielte Ergebnisse in den Betrieben	– Bisher eher keine Ergebnisse bekannt
Ergebnisse in Bezug auf Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsärzte	– Bisher eher keine Ergebnisse bekannt
Unterschiede nach Betriebsgröße/nach Art der betriebsärztlichen Betreuung	– „Ja“, abhängig von Betriebsgröße, vom Betreuungsmodell und vom Engagement der BÄ
(eigene) Erfahrungen mit der GAMV	– Heterogene Antworten: eher „Ja“, überwiegend positive
Verfügbare Evidenz	
Kenntnisse über systematische Studien zur AMV	– „Ja“, liegen vor, aber eher wenige

Tabelle 2: Fortsetzung
Table 2: Continued

Kategorien der Fragen in den Interviews	Priorisierte Aussagen aus den Interviews
Abgeleitete Aussagen in Bezug auf die GAMV	
Grenzen des Ansatzes der GAMV nach ArbMedVV	
Grenzen des Ansatzes der GAMV	– Arbeitsplatzbezug muss vorhanden sein – Selbstbestimmungsrecht der Beschäftigten
Abgrenzung	– Zur haus- und fachärztlichen Betreuung – Zur betrieblichen und allgemeinen Gesundheitsförderung
Begrenzung durch arbeitsmedizinischen Auftrag etc.	– Arbeitsplatzbezug muss gegeben sein
Einordnung in die betriebsärztliche Betreuung	– Heterogen bewertet
ArbMedVV Hemmschuh der GAMV?	– Überwiegend „Nein“ bewertet
Bedarfe und zukünftige Handlungserfordernisse	
Notwendige Änderungen für Umsetzung	– Anlassbezug der ArbMedVV überdenken – Definition der GAMV in ArbMedVV integrieren – Wunschvorsorge stärken, ggf. anders benennen
Fehlend in Bezug auf rechtliche Regelungen etc.	– AMR zur GAMV wird gefordert – Eignungsuntersuchungen müssen klar geregelt werden – Finanzierung, Ressourcen klar regeln – Aufsicht regeln/stärken – Sanktionen regeln
Schnittstellen	– „Ja“: zum PräVG/GKV sowie dem ArbSchG/ASiG
Synergien	– „Ja“: zu verschiedenen Akteuren des betrieblichen AGS
Priorisierung der Aussagen durch die Interviewten	
Eigene Ideen zur Gestaltung der GAMV	– Diverse Anregungen, z. B. Verweis auf Positionspapier von DGAUM/VDBW zur GAMV
ArbMedVV gelungener Wurf?	– Bewertung eher „Ja, aber“ bis zu „Nein“
Zugang zur AMV erleichtern	– Diverse Anregungen, z. B. Einführung einer arbeitsmedizinischen Sprechstunde
Abkürzungen: AGS: Arbeits- und Gesundheitsschutz; AMR: Arbeitsmedizinische Regel; ArbMedVV: Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge; ArbSchG: Arbeitsschutzgesetz; ASiG: Arbeitssicherheitsgesetz; BÄ: Betriebsärzte; BGM: Betriebliches Gesundheitsmanagement; DGAUM: Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin; GAMV: Ganzheitliche Arbeitsmedizinische Vorsorge; GKV: Gesetzliche Krankenkassen; PräVG: Präventionsgesetz; VDBW: Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte	

Rechtsbegriffe der ArbMedVV auszuräumen. Zusammenfassend sagte ein Experte:

„Ich glaube nicht, dass das Problem ist ganzheitlich zu denken. [...] Das ist genauso wie ich eine Gefährdungsbeurteilung machen muss und nicht nur für Gefahrstoffe, sondern eben auch körperliche Belastungen, dazu gehören auch psychische Belastungen. So gehört zur arbeitsmedizinischen Vorsorge die Arbeitsanamnese, ein gut ausgebildeter Arbeitsmediziner, eine gut ausgebildete Arbeitsmedizinerin. Dazu gehört, dass genügend Zeit da ist, dazu gehört, dass die Schweigepflicht eingehalten ist, dass die Beschäftigten davon wissen, dass sie ein Anrecht auf Wunschvorsorge, Angebotsvorsorge haben. Dass es Pflichtvorsorge gibt, wie damit umgegangen wird, wie kommuniziert wird“ (B.13).

Ergebniszusammenfassung

Eine Synthese und Priorisierung der von den Expertinnen und Experten getätigten Aussagen durch die Autoren ist in [Tabelle 2](#) wiedergegeben.

Diskussion

Hauptanliegen und Kernaussagen

Arbeitsmedizinische Vorsorge, also die individuelle medizinische Beratung von Beschäftigten durch Betriebsärzte, ist eine wesentliche Komponente des medizinischen Arbeitsschutzes. Der Begriff „arbeitsmedizinische Vorsorge“ ist in Bezug auf Zielsetzung, expositionsbezogene Anlässe, Verbindlichkeit, organisatorische Aspekte und Umgang mit Ergebnissen über die ArbMedVV seit 2013 rechtlich definiert und konkretisiert seither das betriebsärztliche Handeln entsprechend ArbSchG und ASiG. Bereits die Inkraftsetzung der ArbMedVV stellte eine vom Gesetzgeber bewusst gestaltete Abkehr einer bis dahin vorrangig praktizierten Untersuchungsmedizin („Vorsorgeuntersuchung“) hin zur Beratung der Beschäftigten („Vorsorge“) dar. Dieser „ganzheitliche“ Ansatz der ArbMedVV wurde durch die Konkretisierung der ArbMedVV in Bezug auf die Zusammenlegung von Vorsorgeterminen unterschiedlicher expositionsbezogener Anlässe sowie der Forderung der Berücksichtigung aller am Arbeitsplatz relevanten Einflüsse unterstrichen. Es bestehen aber Zweifel, dass dieser Paradigmenwechsel, weg von der anlassbezogenen Untersuchungsmedizin hin zur individuellen Beratung (Vorsorge), tatsächlich praktiziert wird. Studien, die dies evaluieren, liegen für Deutschland nicht vor. Das wesentliche Ziel der Interviewstudie war es daher, durch Befragung von Expertinnen/Experten des AfAMed als relevante Stakeholder zu ermitteln, ob der mit der Änderung der ArbMedVV hervorgehobene ganzheitliche Ansatz der arbeitsmedizinischen Vorsorge in den Betrieben bekannt ist sowie angeboten, umgesetzt und angenommen wird.

Worin liegen die Kernaussagen aus den Interviews?

- Einerseits ist das Konzept der GAMV den interviewten Expertinnen/Experten und damit auch den Bänken des AfAMed bekannt. Dies betrifft einerseits den in der ArbMedVV formulierten Ansatz von GAMV in Bezug auf die generelle Zielsetzung, das Vorgehen und auch die Zusammenlegung der Termine sowie die Erhebung einer umfassenden Arbeitsanamnese.
- Der über die ArbMedVV formulierte ganzheitliche Ansatz arbeitsmedizinischer Vorsorge wird mit großem Konsens unterstützt. Es besteht die hohe Erwartung, dass ein Paradigmenwechsel weg von der Untersuchungsmedizin hin zu einer präventivmedizinischen Beratung der Beschäftigten erreicht werden kann.
- Insbesondere von den Ärztinnen/Ärzten unter den Befragten wird der ganzheitliche Ansatz nicht allein auf den in der ArbMedVV formulierten Anspruch begrenzt. Die Betrachtung des

gesamten Menschen sei Grundanliegen (betriebs-)ärztlichen Handelns, der Ansatz bestand somit bereits vor Inkrafttreten der ArbMedVV. Dem stand und steht die Praxis der anlassbezogenen Untersuchungsmedizin nach den DGUV Grundsätzen (DGUV 2014) gegenüber.

- Die Abgrenzung des Ansatzes der GAMV nach ArbMedVV zu anderen Herangehensweisen wird im klaren Arbeitsplatzbezug der Beratung gesehen. Haus- und fachärztliche Betreuung ist klar zu trennen von der betriebsärztlichen Beratung. Schnittstellen bestehen aber zur betrieblichen und allgemeinen Gesundheitsförderung, zum betrieblichen Eingliederungsmanagement usw.
- Eine tatsächlich belegbare Umsetzung sowie Ergebnisse des Ansatzes der GAMV werden von den Befragten nicht angeführt beziehungsweise sind unbekannt. Damit werden auch keine Kriterien oder Indikatoren benannt, die für eine erfolgreiche Umsetzung des Ansatzes sprechen. Die Forderung der (wissenschaftlichen) Evaluation wird demgegenüber betont.

In unterschiedlicher Form wurden im Interview Faktoren abgefragt, die mit einer (erfolgreichen) Anwendung/Umsetzung des Ansatzes der GAMV in Verbindung gebracht werden. Von den Expertinnen/Experten wurden hier sowohl rechtliche Rahmenbedingungen (ArbMedVV ändern, Anhang der ArbMedVV ändern, AMR bereitstellen), Ressourcenfragen (z. B. Finanzierung, Zeitbudget), strukturelle und organisatorische Aspekte der arbeitsmedizinischen Betreuung (z. B. Betriebsgrößen, Betreuungsmodelle) und Aspekte der Information und Motivation angesprochen.

Einordnung der Ergebnisse

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse zu bisherigen Studien ist nicht oder nur bedingt möglich, da keine Studien bekannt sind, die direkt die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes der arbeitsmedizinischen Vorsorge behandeln. Es existieren aber Studien zu arbeitsmedizinischen Betreuung.

So wurde im Rahmen eines Projekts der DGUV die Praktikabilität und Wirksamkeit des DGUV Grundsatzes 46 („G46“) zu „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems“ nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin überprüft und potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten evaluiert (Winkler et al. 2015). Die Studie wurde zwischen November 2010 und Oktober 2012 in elf metallverarbeitenden Betrieben in Deutschland durchgeführt. In den Ergebnissen wird darauf hingewiesen, dass neben rein orthopädischen Aspekten der körperlichen Belastungen, auch psychosoziale Gefährdungen berücksichtigt werden müssen. In der Evaluationsstudie wurde hierfür ein Screening-Modul zur Erfassung psychischer (Fehl-)Belastung genutzt (Winkler et al. 2015).

Die Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der AMV nach ArbMedVV wurde systematisch und vertieft in einem durch das BMAS geförderten Projekt untersucht (Völter-Mahlknecht et al. 2015). Im Rahmen der Studie wurden eine Literaturanalyse, betriebliche Fallstudien sowie Fokusgruppeninterviews mit Betriebsärztinnen/Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften (Sifa), Arbeitgebern und Beschäftigten durchgeführt. Im Rahmen der Experteninterviews wurden Sifa, Betriebsräte sowie Vertreterinnen/Vertreter der Arbeitgeberverbände, der Gewerkschaften, der Unfallversicherungsträger und des staatlichen Arbeitsschutzes befragt. Ziel war es Erkenntnisse über die Ver-

breitung und die Erfolgsfaktoren von Angebotsuntersuchungen sowie zu deren Inanspruchnahme zu gewinnen. Im Ergebnis weisen die Autorinnen darauf hin, dass „die ArbMedVV in der Praxis ankommt, dass sie angenommen und wahrgenommen wird“. Fördernde und hemmende Faktoren werden mit Bezug auf die Zurverfügungstellung und die Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen genannt. Hierzu gehören Faktoren wie Einstellungen, Nutzen, Kenntnisstand, Kommunikation, Gesundheitsbewusstsein, Organisationsaufwand, eigene Betroffenheit, wirtschaftliche Aspekte, die Relevanz des Anlasses, aber auch die Ansprechpartner und die Stellung der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte sowie Bedenken, Ängste und die Aufsicht. Zu inhaltlichen Aspekten der arbeitsmedizinischen Vorsorge gibt der Bericht keine Auskunft. Es wird zudem deutlich, dass sowohl von Seiten der betrieblichen Akteure als auch von den Autorinnen der Studie selbst Vorsorgeangebote als „Angebotsuntersuchungen“, also eher in der Systematik der berufsgenossenschaftlichen Grundsatzuntersuchungen (DGUV 2014) verstanden werden. Die ArbMedVV kennt nur den Begriff der Angebots- oder Pflichtvorsorge, nicht der Angebots- oder Pflichtuntersuchung. Eine integrative (ganzheitliche) Betrachtung der Gefährdungen am Arbeitsplatz, Zusammenlegungen von Untersuchungsanlässen beziehungsweise ganzheitliche Beratung der Beschäftigten werden nicht thematisiert (Wetzstein et al. 2017).

Hoge et al. (2019) untersuchten im Rahmen einer Befragung von Betrieben die Implementation gesetzlich vorgegebener sowie freiwilliger Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes in den Bereichen der betrieblichen Sicherheit und Gesundheit, der Wiedereingliederung und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden unter anderem verschiedene betriebsärztliche Aufgaben, beispielsweise die arbeitsmedizinische Vorsorge oder die Untersuchung von arbeitsbezogenen Beschwerden angesprochen. Die Zufriedenheit mit dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz war sowohl in Betrieben mit niedriger Integration als auch in denen mit hoher Integration der Maßnahmen hoch. Eine detaillierte und inhaltliche Betrachtung der arbeitsmedizinischen Vorsorge entsprechend ArbMedVV wurde nicht gegeben.

Umfangreiche betriebliche Erhebungen wurden auch im Rahmen der zweiten Periode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) durchgeführt. Innerhalb der GDA-Periode verfolgte das Arbeitsprogramm „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken“ das Ziel, arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu verringern. Im Rahmen des Programms wurden ca. 13.000 Betriebe besichtigt. In Bezug auf die AMV nach ArbMedVV wird angegeben, dass „jeder zweite Betrieb [...] die gesetzlichen Anforderungen für die Vorsorge bei Tätigkeiten mit Vibrationen und etwa jeder dritte Betrieb diejenigen für die Vorsorge bei Tätigkeiten mit manueller Lastenhandhabung, Zwangshaltung und repetitiven manuellen Tätigkeiten [erfüllt]“ (Arbeitsprogrammleitung MSE et al. 2018). Aussagen zur tatsächlichen inhaltlichen Ausgestaltung der Vorsorgeangebote, Beratung und Integration zu anderen arbeitsmedizinischen Vorsorgeanlässen fehlen.

Insbesondere in großen Unternehmen werden oft erweiterte Angebote zur Gesundheitsvorsorge gegeben. Ott et al. (2010) berichteten über eine derartige Integration allgemeiner Gesundheitsinitiativen in etablierte betriebliche Gesundheitsprogramme, in einer Kohortenstudie mit ca. 24.586 Erwerbstätigen zwischen 2004 und 2006. An einem Schulungsprogramm und umfassenden medizini-

schen Untersuchungen beteiligten sich 8842 Beschäftigte. Gezeigt werden konnte, dass unter den Teilnehmenden des Programms zumindest die Gesamt mortalität niedriger lag.

Die arbeitsmedizinische Beratung im Rahmen sowohl der AMV als auch der betrieblichen Wiedereingliederung erfordert auch die Kooperation der Betriebsärztinnen/Betriebsärzte mit anderen Fachrichtungen. In qualitativen Studien konnten bestehende organisationsbezogene, interpersonelle sowie strukturelle Hindernisse benannt werden (Sippli et al. 2021; Stratil et al. 2017a,b; Stratil et al. 2018; Voelker-Mahlknecht et al. 2017).

Ganzheitliche Ansätze der arbeitsmedizinischen Betreuung werden auch international diskutiert. In einer US-amerikanischen Studie (Olszewski et al. 2021) wurde im Rahmen einer Umfrage mit 253 Beschäftigten untersucht, ob das ganzheitliche Konzept „Total Worker Health® (TWH)“ bekannt ist und wie es in die Unternehmenskultur integriert werden könnte. Ungefähr 74 % der Befragten waren mit dem Konzept vertraut. Ein hoher Prozentsatz (74,0 %) unter Beschäftigten in Betrieben ohne ein solches Konzept war offen für dessen Einführung.

In einer schwedischen Studie von Grooten et al. (2016) wurde im Rahmen einer Befragung unter Beschäftigten die Zufriedenheit mit Bewertungen des individuellen Gesundheitsrisikos (Health Risk Appraisals) erhoben. Diese werden in Schweden in den arbeitsmedizinischen Diensten sehr häufig im Rahmen von Programmen der Gesundheitsförderung eingesetzt. In den Ergebnissen konnte gezeigt werden, dass die Beschäftigten sich wünschten, dass neben der Beratung in Bezug auf die individuellen Gesundheitsrisiken arbeitsbezogene Faktoren stärkere Berücksichtigung finden.

In diesen Studien wird deutlich, dass arbeitsmedizinische Vorsorge beziehungsweise Betreuung in der Regel nicht bezogen auf einzelne berufliche Belastungen, sondern eher integrativ beziehungsweise ganzheitlich betrachtet wird. In diesem Sinne bestätigen die Studien das Favorisieren eines ganzheitlichen Ansatzes der AMV, wie es auch in den Interviews deutlich wurde. Das Fehlen von Studien zur Wirksamkeit eines solchen Ansatzes belegt aber andererseits auch das in den Experteninterviews geäußerte Defizit in Bezug auf die wissenschaftliche Evaluation der Effekte.

Limitationen der Studie

Die Stichprobe der im Rahmen der Studie interviewten Expertinnen/Experten beruht auf einer bewussten Auswahl aller im AfAMed beteiligten Bänke und weiterer Institutionen. Insofern stellt die Befragung eine Vollerhebung der verfügbaren Ansprechpersonen dar. Anliegen und Fragestellung sowie die Fragenkategorien waren vorab bekannt. Schwierig einzuschätzen ist, ob und zu welchem Anteil die Aussagen im Interview abgestimmte Positionen und Botschaften der Bank/Institution, bzw. persönliche Haltungen und Erfahrungen widerspiegeln. Einige Interviews wurden auf Wunsch mit zwei Interviewpartnern einer Bank durchgeführt. Aussagen eines Experten wurden nicht immer durch den zweiten explizit bestätigt. Die Aussagen ergänzten sich somit additiv. Zu beachten ist auch, dass die Interviewten häufig administrative Funktionen ausführen. Nur ein Teil der Interviewten war oder ist direkt in die arbeitsmedizinische Betreuung eingebunden. Die Aussagen der Interviewten beruhen daher nicht immer auf eigenen Erfahrungen.

Schlussfolgerungen und Fazit für die Praxis

Die Interviewstudie zeigt, dass der durch die ArbMedVV favorisierte ganzheitliche Ansatz der arbeitsmedizinischen Vorsorge von Vertreterinnen/Vertretern aller Bänke und Institutionen, die an der Ausgestaltung und Umsetzung beteiligt sind, grundsätzlich unterstützt wird. Eine breite Anwendung des Ansatzes scheint derzeit nicht gegeben und wird abhängig von betrieblichen, organisatorischen, strukturellen, finanziellen und personellen Ressourcen sowie der Information und Motivation der Beteiligten gesehen. Unterstützungsbedarfe werden formuliert, zum Beispiel die Bereitstellung einer Arbeitsmedizinischen Regel sowie Anpassungen der ArbMedVV vorgeschlagen. Als notwendig wird die Abgrenzung des Ansatzes von anderen Präventionsansätzen und der kurativen medizinischen Betreuung formuliert. Auch sei die Evaluation sowie wissenschaftliche Begleitung des Ansatzes notwendig. Die vorliegende Interviewstudie liefert hier Anhaltspunkte, welche Aspekte und Herausforderungen in einer weiterführenden Evaluation ganzheitlicher arbeitsmedizinischer Vorsorge zu betrachten sind.

Kennzeichnung der Beiträge der Autorin und des Autors: Solveig Aupers und Falk Liebers bestätigen, dass sie gleichrangig einen substanziellen Beitrag bei der Konzeption, dem Design, der Durchführung, Datenerhebung, Datenanalyse sowie der Interpretation der Studie geleistet haben. Solveig Aupers und Falk Liebers bestätigen die kritische Durchsicht des schriftlichen Entwurfs der Publikation inklusive Einbringung wichtigen intellektuellen Inhalts. Solveig Aupers und Falk Liebers bestätigen ihre abschließende Zustimmung zur Veröffentlichung der eingereichten Version des Manuskripts.

Danksagung: Wir danken allen beteiligten Expertinnen/Experten für ihre Unterstützung und die Teilnahme an der Interviewstudie.

Einhaltung ethischer Richtlinien: Die Interviewstudie wurde der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin vorgestellt und am 15.03.2022 durch den Ausschuss II beraten. Gegen den Beginn des Vorhabens bestanden keine grundlegenden berufsethischen und berufsrechtlichen Bedenken (Beschluss der Ethikkommission der ÄKB vom 22.3.2022, Aktenzeichen Eth-06/22). Empfehlungen der Ethikkommission wurden berücksichtigt.

Interessenkonflikt: Die Autorin und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Aranđjelovic M: A need for holistic approach to the occupational health developing (in Serbia). *Int J Occup Med Environ Health* 2011; 24: 229–240.
- Arbeitsprogrammleitung MSE, Lamers J, Baars S: Abschlussbericht zum GDA-Arbeitsprogramm „Prävention macht stark auch Deinen Rücken“ (Arbeitsprogramm MSE). Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2018.
- Barth C, Hamacher W, Eickholt C: Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland (Forschung Projekt F 2326). Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Forschung 2014.
- BAuA: AMR 3.3 „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge unter Berücksichtigung aller Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen“ – Bek. d. BMAS v. 2.11.2022 – IIIb1 – 36628-15/29 –. *GMBI* 2022; 43: 978ff.

BAuA: AMR Nr. 2.1 „Fristen für die Veranlassung/das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge“ – Bek. d. BMAS v. 10.05.2016 – IIIb1-36628-15/7 –. GMBI 2016; 28(20.07.2016): 558.

Bell F: Kleinbetriebsbetreuung: vernetzt, versorgt, verbessert mit dem Pilotprojekt Zentrumsmodell? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2022; 24: 223–228.

Bell F, Dreher S, Foege E, Groß M, Kuhn A, Edelhäuser S, Mühlbach A, Wetzstein A: DGUV Report 1/2021 - Pilotprojekt Zentrumsmodell für die betriebliche Betreuung. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), DGUV Report, 2021.

Berger J: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) in sechs Ländern der Europäischen Union In: Tagungsdokumentation - Workshop vom 03./04.06.2005 in Berlin. (Hrsg.). Berlin, Dortmund u.a.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2005: 118.

Bundesregierung: Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Bundesrat 2019; Drucksache 237/19: 1-21.

DGUV: Arbeitsmedizin - Zukünftige Aufgaben und Herausforderungen – Interview mit Dr. Florian Struwe, Leiter des Ausschusses Arbeitsmedizin der Gesetzlichen Unfallversicherung. *IPA-Journal* 2019; 03: 44–45.

DGUV: DGUV-Grundsätze für arbeitsmedizinische Untersuchungen. 6. Aufl. Stuttgart: Gentner, 2014.

DGUV: DGUV Vorschrift 2 - Unfallverhütungsvorschrift Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2011, S. 1–100.

Drexler H, Letzel S, Nessler T, Stork J, Tautz A, DGAUM: Thesen der Arbeitsmedizin zum Stand und zum Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. - DGAUM). Eine Sonderpublikation von DGAUM und ASU 2015; 50: 1–24.

Grooten WJ, Muller M, Forsman M, Kjellberg K, Toomingas A, Bjorn Olov A, Svartengren M: Health risk appraisals in Swedish occupational health services. *Work* 2016; 55: 849–859.

Hoge A, Ehmann AT, Rieger MA, Siegel A: Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 15.

Kraus T, Panter W: Ganzheitliche Vorsorge. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2021; 56: 480–482.

Kuckartz U, Rädiker S: Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA – Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer VS, 2022.

Meuser M, Nagel U: Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K (Hrsg.): *Qualitative empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verlag, 1991.

Michaelis M, Völter-Mahlknecht S, Blomberg N, Preiser C, Rieger M: P83. Einstellung von deutschen BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen - Ergebnisse einer quantitativen Erhebung. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2013a; 48 (Sonderheft 53. Jahrestagung DGAUM): 142.

Michaelis M, Völter-Mahlknecht S, Blomberg N, Rieger MA, Preiser C: Warum nehmen Beschäftigte arbeitsmedizinische Angebotsuntersuchungen nicht in Anspruch? Einschätzung möglicher Gründe aus Sicht von Betriebsärzten und ArbeitgeberIn. In: 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin 23.-25.10.2013. (Hrsg.). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, 2013b: DocPO5-3-03-157

Olszewski KA, Wolf DM, Wenskovich J: Exploring Occupational Health Professionals Understanding and Needs in Regard to Total Worker Health (TWH). *Workplace Health Saf* 2021; 69: 296–305.

Ott MG, Yong M, Zober A, Nasterlack M, Messerer P, Pluto RP, Lang S, Oberlinner C: Impact of an occupational health promotion program on subsequent illness and mortality experience. *Int Arch Occup Environ Health* 2010; 83: 887–894.

Peckham TK, Baker MG, Camp JE, Kaufman JD, Seixas NS: Creating a Future for Occupational Health. *Ann Work Expo Health* 2017; 61: 3–15.

Peters E, Schwarz B, Glomm D, Kallenberg C, Voelter-Mahlknecht S, Rieger M, Bethge M: Betriebsärzte und Rehabilitation – Eine Querschnittsstudie zum betriebsärztlichen Handeln in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg. *Rehabilitation* 2017; 56: 321–327.

Preiser C, Blomberg N, Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Rieger M: P80. Die Kommunikation für Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge aus der Praxis in Deutschland. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2013; 48 (Sonderheft 53. Jahrestagung DGAUM): 141–141.

Schulte PA, Delclos G, Felknor SA, Chosewood LC: Toward an Expanded Focus for Occupational Safety and Health: A Commentary. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 1–17.

Seibt R, Ulbricht S, Rehm U, Stepulat A, Scheuch K: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen - Bericht zur Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern der Sächsischen Bildungsagentur 2010. Dresden: Technische Universität Dresden, Sächsische Bildungsagentur, 2011.

Sippli K, Schmalzried P, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S: Challenges arising for older workers from participating in a workplace intervention addressing work ability: a qualitative study from Germany. *Int Arch Occup Environ Health* 2021; 94: 919–933.

Stranzinger J, Nienhaus A: Betriebsärztebefragung zur Umsetzung der Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2018; 53: 39–45.

Stranzinger J, Schilgen B, Henning M, Nienhaus A: Betriebsärztebefragung zur Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Stand der Umsetzung nach einem Jahr. *Zbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergonomie* 2016; 66: 181–187.

Stratil J, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S: Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2017a; 90: 809–821.

Stratil JM, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S: Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2017b; 90: 481–490.

Stratil JM, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S: Image and perception of physicians as barriers to inter-disciplinary cooperation? – The example of German occupational health physicians in the rehabilitation process: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 769.

Vanhoorne MN, Vanachter OV, De Ridder MP: Occupational health care for the 21st century: from health at work to workers' health. *Int J Occup Environ Health* 2006; 12: 278–285.

Voelter-Mahlknecht S, Stratil JM, Kaluscha R, Krischak G, Rieger MA: Experiences, attitudes and possibilities for improvement concerning the cooperation between occupational physicians, rehabilitation physicians and general practitioners in Germany from the perspectives of the medical groups and rehabilitation patients - a protocol for a qualitative study. *BMJ Open* 2017; 7: e014228.

Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Blomberg N, Preiser C, Rieger M: P82. Kennntnisstand von deutschen BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen - Ergebnisse einer standardisierten Befragung. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 2013; 48(Sonderheft 53. Jahrestagung DGAUM): 141-142.

Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Preiser C, Blomberg N, Rieger MA: Abschlussbericht vom 23.09.2014 für das Forschungsvorhaben mit dem Titel „Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge“ Basis: Leistungsbeschreibung im Vergabeverfahren (Anlage Nr. 2, Schreiben des BMAS vom 30.08.2011) Kennzeichen: VKZ 11 03 07). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS); Universität Tübingen; Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung; Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS). *Forschungsbericht* 448, 2015.

Wetzstein A, Rahmfeld M, Bell F, Edelhäuser S: Evaluation der DGUV Vorschrift 2, Anlage 2 (Abschlussbericht) Stand der Umsetzung, Anwendbarkeit und Praktikabilität sowie Auswirkungen im Betrieb: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Bd. 1/2017, DGUV Report, 2017.

Winkler R, Schikowsky C, Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Bechmann J, Böser C, Ellegast R: IFA Report 3/2015 – Praktikabilität, Wirksamkeit und Weiterentwicklung des DGUV Grundsatzes „G 46“ unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes „Rückenschmerzen“ – Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben zum G 46 (FP 293) – IFA Report 3/2015. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2015.

Yassi A: Health promotion in the workplace – the merging of the paradigms. *Methods Inf Med* 2005; 44: 278–284.

Zink KJ: Safety and quality issues as part of a holistic (i.e., sociotechnological) approach. *Int J Occup Saf Ergon* 1999; 5: 279–290

Kontakt

Dr. med. Solveig Aupers

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
 Fachgruppe 3.1
 Nöldnerstraße 40–42
 10317 Berlin
 aupers.solveig@baua.bund.de

ASU Webinar*

ERHALT DER BESCHÄFTIGUNGS- FÄHIGKEIT

10. Mai 2023, 17:00 – 19:00 Uhr

*Das Webinar wird in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. durchgeführt.



Bild: © Monster Ztudio-stock.adobe.com

Über diese Themen informieren und diskutieren unsere Fachreferent*innen

Neue arbeitsmedizinische Regel „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge“

Dr. med. Joachim Stork, Facharzt für Arbeitsmedizin, Kassel

Maßnahmen im Rahmen der Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention

Dr. med. Stefan Webendörfer, Vice President, Health Risk Assessment, Communication, Committees Corporate Health Management BASF SE

Schnittstelle Arbeitsmedizin in der sektorenübergreifenden Medizin

Prof. Dr. med. Christoph Oberlinner, Senior Vice President & Chief Medical Officer Corporate Health Management BASF SE

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Christoph Oberlinner (BASF SE)

Preis: 40 € für Abonent*innen der ASU sowie für Mitglieder der DGAUM.
Alle anderen Teilnehmer*innen zahlen den regulären Preis von 80 €.

CME Punkte sind beantragt.



Hier geht's zur Anmeldung:
[www.asu-arbeitsmedizin.com/
webinar-beschaeftigung](http://www.asu-arbeitsmedizin.com/webinar-beschaeftigung)

DGAUM
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ARBEITSMEDIZIN UND UMWELTMEDIZIN

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin
ASU
Zeitschrift für medizinische Prävention