

FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin¹, Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (komm. Leiter: Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel)², Fachgebiet für Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz der Bergischen Universität Wuppertal (Direktor: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Friedrich Hofmann)³

Zur Qualität betriebsärztlicher Versorgung im Krankenhaus

M. Michaelis¹, U. Stöbel², H.-J. Lincke¹, L. Hirthe³, F. Hofmann³

(eingegangen am 27.03.2009, angenommen am 24.02.2010)

Abstract/Zusammenfassung

Quality of occupational health care in German hospitals

Aim: To study the current quality of occupational health care in German hospitals and compare it with the situation in 1986.

Methods: In 2006 we repeated a survey of occupational health care units in German hospitals with more than 500 beds which was first carried out in 1986. The questionnaire covered type and intervals of occupational health check-ups and workplace inspections, vaccinations and tuberculosis monitoring. In addition, it was of interest whether the hospitals offered opportunities for doctors to specialize in occupational medicine. The potential structural predictors of quality which were tested in multivariate regression analysis included the commercial binding of the occupational health care units to the hospital, the number of employees monitored, the type of hospital and the specialization of the occupational physician.

Results: In total, 155 questionnaires (59%) were returned and analysed. In 80% of the hospitals, detailed workplace inspections take place every one or two years and occupational health check-ups on average every three years. Relevant health check-ups are offered as a rule at the initial examination and at most of the follow-up examinations. Vaccinations against hepatitis B, hepatitis A and influenza are "standard" (> 90%), whereas measles, mumps, rubella, varicella, tetanus, poliomyelitis and pertussis vaccinations are offered only by 53–63%. Because of the lack of valid documents, total immunization rates of the personnel could not be determined. Most important negative predictors for whether certain vaccinations are offered are the lack of a specialist occupational physician and an external company status of the occupational health care units.

Conclusions: Despite some recognizable deficits, occupational health care quality in large hospitals is satisfactory and much better than twenty years ago. Further epidemiological research is needed to assess the quality of occupational health care in smaller enterprises (hospitals, practices, nursing homes, home care) in the health care sector. In some respects, the quality of care offered is good (hepatitis B/A and influenza vaccination, routine relevant occupational medical examinations, and inspections of high risk workplaces). The situation here is clearly better than twenty years previously. However, the unsatisfactory response rate and the higher proportion of external company services in the group of non-responders suggest an overestimation of the quality. Improvements are needed with respect to the prevention of certain infectious agents as well as the time interval between and the extent of follow-up examinations. The deficits in the possibilities for specialization of occupational physicians in large hospitals will weaken occupational medicine in the future.

Further investigations of the quality of occupational medical care in smaller enterprises (small hospitals, practices, in-patient and out-patient geriatric care) are necessary to assess the entire situation in the health care sector.

Keywords: quality of occupational health care – hospital – epidemiology – safety and health at work

Zur Qualität betriebsärztlicher Versorgung im Krankenhaus

Ziel: Bestandsaufnahme der Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung in großen deutschen Krankenhäusern und Ermittlung von strukturellen Einflussfaktoren.

Methode: Eine im Jahr 1986 vorgenommene Fragebogenerhebung in deutschen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten wurde 2006 wiederholt. Inhalte sind Art und Abstände arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen und Arbeitsplatzbegehungen, Impfungen und Tuberkuloseüberwachung. Zudem interessierten die Ausbildungsmöglichkeiten für Arbeitsmediziner in den Kliniken. Als potenzielle strukturelle Einflussfaktoren auf Qualitätsaspekte wurden u. a. die Anbindung der Dienststelle an die Einrichtung, die Anzahl betreuter Beschäftigter, der Kliniktyp und Qualifikation des Betriebsarztes in multivariaten Regressionsmodellen untersucht.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote betrug 59% (n = 155). In 80% der Krankenhäuser werden umfassende Arbeitsplatzbegehungen alle ein bis zwei Jahre und Vorsorgeuntersuchungen durchschnittlich alle drei Jahre durchgeführt. Arbeitsmedizinisch relevante Untersuchungen werden im Rahmen von Erst- und bei den meisten Nachuntersuchungen regelhaft offeriert. Impfangebote gegen Hepatitis B, Hepatitis A und gegen Influenza sind mit mehr als 90% „Standard“, während es bei Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Tetanus, Poliomyelitis und Pertussis lediglich 53–63% sind. Durchimpfungsraten des Personals konnten mangels der Vorlage von Impfdokumenten nicht valide ermittelt werden. Wichtigste negative Einflussfaktoren auf bestimmte Impfangebote sind die fehlende fachärztliche Qualifikation und die Zugehörigkeit zu einem überbetrieblichen Dienst.

Schlussfolgerungen: Die Betreuungsqualität ist in mancher Hinsicht positiv zu bewerten (Hepatitis B/A/Influenzaimpfangebote, Durchführung der arbeitsmedizinisch relevanten Regeluntersuchungen, abteilungsbezogene Gefährdungsbeurteilungen). Das Angebot ist deutlich besser als 20 Jahre zuvor. Allerdings deuten der unbefriedigende Ant-

Abstract/Zusammenfassung

worrücklauf und der höhere Anteil überbetrieblicher Dienste bei Nicht-Anworthern auf eine Überschätzung der Situation hin. Entwicklungsbedarf besteht bei der Prävention verschiedener impfpräventabler Erreger sowie des Zeitabstands und des Umfangs von Nachuntersuchungen. Die defizitäre betriebsärztliche Ausbildungssituation in großen Kli-

niken schwächt den zukünftigen Stellenwert der Arbeitsmedizin. Weitere Untersuchungen zur Qualität der arbeitsmedizinischen Versorgung in kleineren Betrieben im Gesundheitsdienst (kleine Krankenhäuser, Praxen, stationäre und ambulante Altenpflege) sind notwendig, um den Sektor als Ganzes beurteilen zu können.

Schlüsselwörter: Betriebsärztliche Versorgungsqualität – Krankenhaus – Epidemiologie – Arbeitsschutz

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45: 247–254

► Einleitung

Anfang der 1980er Jahre und damit zehn Jahre nach Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes wurden auch für den Bereich des Gesundheitsdienstes Unfallverhütungsvorschriften (UVV 1983) erlassen. Damit fand dieser wichtige Sektor im Arbeitsleben auch in arbeitsmedizinischer Hinsicht Anschluss an eine Reihe weiterer Branchen, in denen zum Teil schon viele Jahrzehnte Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit tätig waren. Eine erste Bestandsaufnahme der betriebsärztlichen Situation in bundessdeutschen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten wurde von uns 1986 vorgenommen (Hofmann et al. 1986, 1987, Mutschler-Kehl et al. 1987; Hofmann 1988). Sie demonstrierte seinerzeit die zögerlichen Anfänge der arbeitsmedizinischen Betreuung in diesem Bereich; denn nicht einmal alle Universitätskliniken verfügten über entsprechende Einrichtungen. Genau 20 Jahre später schien es uns deshalb geboten, nochmals die gleiche Frage nach der Qualität und der Quantität der betriebsärztlichen Versorgung im Krankenhaus zu stellen. Die Studie wurde mit eigenen finanziellen Mitteln durchgeführt.

► Kollektiv und Methoden

Im Jahr 2006 wurden alle 263 großen deutschen Krankenhäuser (Kriterium: >500 Betten) mit der Bitte um eine Weiterleitung des standardisierten Fragebogens an den jeweiligen betriebsärztlichen Dienst angeschrieben. Die Fragen zur Bewertung der Qualität betriebsärztlicher Versorgung entsprechen hinsichtlich Inhalt und Aufbau im Kern denen im Rahmen der Ersterhebung (Hofmann et al. 1986). Adaptiert wurde der Fragebogen hinsichtlich seither entdeckter Erreger bzw. neu entwickelter Impfstoffe (azelluläre Pertussis, Typhus, Hepatitis A/C, MRSA). Quantitative Merkmale des Betreuungsauftrags beinhalten die Frage nach

- dem Umfang und den Inhalten betriebsärztlicher Untersuchungstätigkeiten,
- dem Angebot verschiedener Schutzimpfungen,
- der Art der Tuberkuloseüberwachung und
- dem Umfang von Betriebsbegehungen.

Erfasste strukturelle Aspekte beschäftigen sich mit

- den Merkmalen des betriebsärztlichen Dienstes (Anbindung der Dienststelle inner- oder überbetrieblich, Autonomiestatus innerhalb der Einrichtung, personelle/räumliche/sächliche Ausstattung der Dienststelle),
- den Merkmalen der betreuten Klinik (Krankenhaustyp, -trägerschaft und -größe, Bundesland (zusammengefasst in West-/Ostdeutschland),
- dem Qualifizierungsangebot innerhalb der Einrichtung) und mit
- den Merkmalen der Antwortenden (berufliche Qualifikation, Alter, Geschlecht).

Eine statistische Analyse potenzieller struktureller Einflussfaktoren („Prädiktoren“) auf die Qualität einiger Aspekte der betriebsärztlichen Versorgung erfolgte in SPSS Version 15 mit Hilfe multivariater binärlogistischer bzw. linearer Regressionsanalysen (simultane Modellzuführung aller Prädiktoren mit bivariat ermitteltem $p < 0,2$, Vorwärtselimination und anschließende Modell„verschlankung“, d. h. sukzessive Entfernung nicht signifikanter Variablen mit dem jeweils höchsten p -Wert aus dem Modell; Signifikanzschwelle $p < 0,05$). Die Prädiktoren wurden jeweils dichotom kategorisiert. Die Anzahl betreuter Beschäftigter (metrisch) im Sinne der Krankenhausgröße wurde statistisch kontrolliert, aus den dargestellten Regressionsmodellen jedoch ausgeschlossen, um qualitative Strukturaspekte zu verdeutlichen. Als Effektmaß wird das Verhältnis zweier Werte angegeben (Relatives Risiko).

► Ergebnisse

Die anfängliche Responserate von 44 % konnte durch eine telefonische Kontaktaufnahme mit der Bitte um Rücksendung des Fragebogens auf 59 % gesteigert werden. Eine bei 12 Diensten (jeweils 6 inner- bzw. überbetriebliche) durchgeführte telefonische Kurzbefragung zentraler Struktur-; jedoch nicht Versorgungsvariablen wurde nicht in die Auswertungen einbezogen. Somit liegen 155 ausgewertete Antworten vor (Tabelle 1).

Nicht-Antworter sind fast doppelt so häufig in über- statt in innerbetrieblichen Strukturen angesiedelt (56 % vs. 32 %, $p = 0,001$). Das Antwortverhalten der Betriebsärzte unterscheidet sich nicht hinsichtlich struktureller Merkmale der betreuten Kliniken (Größe, Typ, Trägerschaft, Bundesland Ost/West). Zu diesen Merkmalen und weiteren Aspekten der Befragten siehe Tabelle 2.

Strukturelle Anbindung an die Klinik: Überbetriebliche Dienste

Innerbetriebliche Dienste versorgen durchschnittlich mehr Beschäftigte als überbetriebliche in der betreuten Klinik (2166 vs. 1246; $p = 0,000$), sind also vergleichsweise in größeren Einrichtungen angesiedelt. Eine Unterbesetzung der Dienststelle, d. h. eine Abweichung besetzter Betriebsarztstellen von den im Fragebogen ebenfalls erfassten „Soll“-Stellen, besteht bei 22 % (von diesen die Hälfte jedoch mit weniger als einer ganzen fehlenden Personalstelle). Die Unterbesetzung wird zwar nicht von der Anbindung der Dienststelle an die Klinik, jedoch von der Art des Krankenhausträgers beeinflusst: Sie wurde bei der Hälfte der privaten, aber nur bei 19 % bzw. 17 % der öffentlichen bzw. kirchlichen Träger gefunden ($p = 0,044$). Ob die Dienststelle als selbstständige Einheit im Haus geführt wird, hängt hingegen nicht mit strukturellen Merkmalen zusammen.