

Erfolgreiche Zusammenarbeit von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten – Warum ist das so schwer zu bewerkstelligen?

Multidisziplinäre Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe, die an der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen beteiligt sind, ist notwendig. Aber auch die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten in allen Versorgungssektoren des Gesundheitssystems muss intensiviert werden. Die Kooperation der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit den behandelnden Hausärzten, den Rehabilitationsärzten, den Sozialmedizinerinnen und den Fachärztinnen etc. ist ein wichtiger Baustein, um Menschen mit psychischen und chronischen Erkrankungen umfassend und ohne Verzögerung unterstützen zu können.

Doch diese Aufgabe ist eine Herausforderung. Es ist mühsam, eine Kooperation systematisiert zu etablieren. Kooperation gelingt nur auf regionaler Ebene. Was sind die Ursachen?

In Deutschland werden die Patientenversorgung und die Prävention insbesondere durch die Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales geregelt und zwar durch deren mannigfaltige Rechtsbestimmungen.

Diese Rechtsgrundlagen bewirken, dass in unserem Gesundheitssystem innerhalb von Sektoren gearbeitet wird, ohne ausreichender Kenntnisnahme oder Verständnis dafür zu haben, auf welche Weise die Patienten in den anderen Sektoren betreut werden. Wo eine Zusammenarbeit angestrebt wird, fehlen zudem oft die Anreize, den Mehraufwand tatsächlich in Kauf zu nehmen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte haben keinen finanziellen Ausgleich, wenn sie mit dem Betriebsarzt zusammenarbeiten.

Zudem werden an der Sektorengrenze ambulante und betriebsärztliche Versorgung teilweise die Betriebsärzte von den niedergelassenen Haus- und Fach-

ärzten als Konkurrenten wahrgenommen, beispielweise wenn es um die Durchführung von Impfungen oder Gesundheits-Checks geht. Darüber hinaus wird von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten befürchtet, dass die von den Betrieben beschäftigten Betriebsärzte zu sehr die Interessen des Betriebs und weniger die der Mitarbeiter / Patienten verfolgen.

Sektorales Gesundheitssystem

Diese Rechtsgrundlagen, die das Gesundheitssystem regeln, bewirken, dass Menschen streng sektoral, d.h. innerhalb eines Systems mit eigenen Regeln, Zielen und Grenzen, behandelt werden. Jede Säule des Gesundheitssystems hat ihre Regeln und Schwerpunkte.

Dr. Annegret E. Schoeller



die Prävention und die Rehabilitation vom SGB V „Gesetzliche Krankenversicherungen“ geregelt. Den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) wird zudem seit dem Jahr 2001 ermöglicht, auch im Rahmen der §§ 20, 20a–d SGB V im Betrieb Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung durchführen zu lassen und zu vergüten. Sie sollen im Hinblick auf betrieblicher Gesundheitsförderung mit den Unfallversiche-



Stationäre und ambulante Versorgung

Die Versorgungssektoren „stationäre- und ambulante Versorgung“ werden in erster Linie, aber in Teilbereichen auch

Trägern zusammenarbeiten (§ 20a SGB V). Den Belangen behinderter Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V), die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) sowie die stufenweise Wiedereinglieder-

nung (§ 74 SGB V) ist von der GKV zu finanzieren. § 74 SGB V besagt: „Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275 SGB V) einholen.“

Medizinische Versorgungszentren

§ 95 SGB V legt fest, wer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf, dies wären zur Niederlassung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen entweder im Arztregister eingetragene Ärzte oder angestellte Ärzte tätig sind. Angehörige anderer Berufsgruppen wie z. B. Apotheker, Physiotherapeuten, Psychologen können auch im MVZ tätig werden.

Integrierte Versorgung

Darüber hinaus kann die GKV nach § 140a SGB V Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 10 b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Zur Förderung der integrierten Versorgung wurde eine Anschubfinanzierung für die Jahre 2004 bis 2008 jeweils mit Mitteln bis zu 1 Prozent der zu entrichtenden Gesamtvergütung vorgesehen (§ 140d SGB V).

Die jahrelange Anschubfinanzierung sollte helfen, die Sektorengrenzen zu überwinden. Dennoch ist die Anzahl der integrierten Versorgungsmodelle nach wie vor überschaubar. Sie gelangen auch nur auf regionaler Ebene.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der *Versorgungssektor „öffentlicher Gesundheitsdienst“* wird durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt und ist auf Bevölkerungsprävention ausgerichtet.

Prävention / Arbeitsmedizin

Den Arbeitsschutz regeln das Sozialgesetzbuch VII „Gesetzliche Unfallversicherung“, das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) sowie weitere Arbeitsschutzbestimmungen. Die Arbeitsmedizin bildet den *Versorgungssektor „Prävention“*, bezogen auf die Prävention Beschäftigter und umfasst weitestgehend die Sekundär- und Tertiärprävention sowie seit den 90er Jahren auch zunehmend die Primärprävention. Das SGB VII regelt die Aufgaben der Unfallversicherungsträger, sie haben nach § 14 SGB V „mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.“

Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen. Die Unternehmen haben die Beschäftigten vor Schäden durch die berufliche Tätigkeit zu schützen.“ Damit haben die Unfallversicherungsträger einen umfassenden Präventionsauftrag. Dieser erweiterte Präventionsauftrag an die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach SGB VII wertet die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes auf und befördert ihn zu einem vollwertigen Verfahrensbeteiligten bei der beruflichen Wiedereingliederung.

Rehabilitation

Den *Versorgungssektor „Rehabilitation“* regelt das Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Die Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, GKV, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Sozialhilfe etc.) sind verpflichtet, Rehabilitation, Wiedereingliederung der Menschen mit Behinderung etc. durchführen zu lassen. Der Fokus ist hier also auf die Tertiärprävention ausgerichtet.

Die gesetzliche Ausrichtung des SGB IX im Hinblick auf das Wiedereingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX sowie die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen „Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 u. 9 SGB IX“. Die Rehabilitationsträger werden verpflichtet, die Haus-, Fach-, Werks- und Betriebsärzte frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einzubinden. Hiermit wird die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes aufgewertet und macht ihn zu einem vollwertigen Verfahrensbeteiligten, der damit in die Lage zum Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes versetzt wird, das der beruflichen Wiedereingliederung dient.



Pflege

Der Versorgungssektor „Pflege“ wird durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) geregelt.

Kollegialität

Im Hinblick auf Zusammenarbeit der ärztlichen Professionen untereinander ist in der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006) in § 29 festgelegt, dass „Ärztinnen und Ärzte sich untereinander kollegial zu verhalten haben“.

Sektorale Möglichkeiten

Derzeit sind in Deutschland mehr als 30 Millionen Vollbeschäftigte in mehr als drei Millionen Betrieben gesetzlich unfallversichert. Damit stellt der Betrieb einen sehr guten Zugang zur Bevölkerungsgruppe der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dar. In Deutschland sind Betriebe gesetzlich verpflichtet, Betriebsärzte zu beschäftigen. Aufgabe dieser Betriebsärzte ist es, Gefährdungen der Beschäftigten durch den Arbeitsplatz gemäß dem Arbeitsschutzgesetz zu vermeiden. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen, die den Gang zum Hausarzt – aus welchen Gründen auch immer – scheuen.

Im Rahmen der integrierten Versorgung bedarf es der fachübergreifenden Zusammenarbeit mit den überwiegend präventiv ausgerichteten Betriebsärzten, die das Wissen um die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und Arbeit zur Patientenbehandlung beisteuern können. Die Arbeitsmedizin ist heute auch die integrierende Schnittstelle zwischen primärpräventiver Gesundheitsförderung und ambulanter Primärversorgung.

Zusammenbringen von Kuration und Prävention

Durch eine Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Allgemeinärzten oder Fachärzten können Prävention und Kuration zusammengebracht wer-



den. In der Vergangenheit wurde von verschiedenen Stellen immer wieder auf die Notwendigkeit einer besseren Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement von Unternehmen sowie Betriebsärzten hingewiesen. In den meisten Fällen scheiterten aber bislang solche Versuche. Willigt der Patient in eine Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsarzt ein, so bedeutet es für den Hausarzt zuerst einmal einen erheblichen Mehraufwand, wenn er den Kontakt zu seinem Kollegen im Unternehmen sucht. Dieser Schritt ist noch nicht in die hausärztliche Routine integriert – und stellt den initiiierenden Arzt vor ganz praktische Probleme. Bis heute fehlen überdies die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen und dadurch konkrete Strukturen, Verknüpfungen, Behandlungspfade oder Versorgungsmodelle, die die Erkenntnisse der Betriebsmedizin mit denen der niedergelassenen Ärzte in einer Region verbinden.

Strukturierte Kooperationswege

Strukturierte Kooperationswege sollten entwickelt und erfolgreich in die Tat umgesetzt werden. Beispielsweise sollten indikationsbezogene Risikofaktoren im Rahmen von Screenings und Checkups systematisch erfasst und anschließend minimiert werden. Darüber hin-

aus sollte der indikationsunspezifische salutogenetische Ansatz im Rahmen der übergreifenden Gesundheitsförderung angewandt werden, um die protektiven psychosozialen Ressourcen zu stärken. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten kombiniert werden. Bestehende betriebliche Strukturen, die Wege verkürzen, Kosten reduzieren und damit Synergieeffekte schaffen, müssen genutzt werden.

Regionale Strukturen unerlässlich

Es könnten regelmäßige Treffen von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten, sei es Haus- oder Fachärzte im Unternehmen, vielleicht in Kooperation mit den Krankenversicherungen, durchgeführt werden. Dabei sollen regelmäßige institutionalisierte und möglichst formalisierte Kontakte wie z. B. mittels Präventionspfade zwischen Haus- und Facharzt mit dem Betriebsarzt vorgesehen werden (s. Artikel: Präventionspfade – Der Weg zur sektorübergreifenden Kooperation).

Erstrebenswert ist eine möglichst normierte und verlässliche Zusammenarbeit auf regionaler Ebene zwischen den Akteuren. Dabei sollte der Dokumentationsaufwand möglichst gering gehalten werden. Zur Erleichterung der Abläufe sollten zugleich Abläufe und Zuständigkeiten jederzeit klar geregelt sein. Hier kommt es auf den Einzelnen an.

Ausblick

Eine weitere Form der sektorübergreifenden Zusammenarbeit der Hausärzte und der Fachärzte mit den Betriebsärzten wäre die zunehmende Integrierung des Arbeitsmediziners als „der Präventionsarzt per se“ in Medizinischen Versorgungszentren, kurz MVZ genannt. In dieser Gemeinschaft wären die Wege zwischen den Professionen sicher kürzer. Auch dort sind die Anwendung von vereinbarten Präventionspfaden sinnvoll.

Langfristig ist eine Initiative des Gesetzgebers wünschenswert, die die Zusammenarbeit von Betriebs- und Hausärzten in der Gesundheitsversorgung festschreibt und endlich Präventiv- und Kurativversorgung mit entsprechenden Vergütungsstrukturen zusammenführt. Denkbar wären dabei Anreize in Form einer Anschubfinanzierung von Pilotprojekten, wie dies im Rahmen von Projekten zur integrierten Versorgung erfolgt ist.

Ferner ist wünschenswert, dass sich die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker auf das Thema ausrichtet. Es sollte dargestellt werden, wie die Kooperation an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungserbringer aussieht oder aussehen kann. Zudem sollte die Thematik arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Patienten aufgegriffen werden. □

Dr. Annegret E. Schoeller
Bundesärztekammer
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Berlin

Literatur

(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006).

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B41> (10. 08. 2010)

Bertelsmann-Stiftung (2009): *Ärzte und Betrieb: Gemeinsam für die Gesundheit. Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsvorsorge*, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, 3–26

Internetadressen und -quellen;

www.aerzte-und-betrieb.de (10. 08. 2010)

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG).

<http://www.gesetze-im-internet.de/arbSchG/BJNR124610996.html#BJNR124610996>

(10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/ (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 140a Integrierte Versorgung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/__140a.html (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 20 Prävention und Selbsthilfe.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/__20.html (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_9/ (10. 08. 2010)

Siebtens Buch Sozialgesetzbuch –

Gesetzliche Unfallversicherung –

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_7/ (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) –

Soziale Pflegeversicherung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_11/ (10. 08. 2010)

Nur Mut!

Hautkrebsscreening im Betrieb

Beunruhigende Zahlen: Etwa 195.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich neu an Hautkrebs. Diese Zahlen nennt Professor Alexander Katalinic (Krebsregister Schleswig-Holstein). Der wohl bekannteste Hautkrebs ist das maligne Melanom, auch als „schwarzer Hautkrebs“ bezeichnet, an dem pro Jahr 24.000 Deutsche neu erkranken und 3000 sterben. Darunter sind immer jüngere Menschen. Zurzeit geht man davon aus, dass 50 Prozent der Melanom-Patienten jünger als 60 Jahre alt sind. Sehr viel häufiger tritt der allerdings weniger gefährliche „helle Hautkrebs“ auf. Dazu zählen der Basalzell- und der Stachelzellkrebs. Auch bei diesen nicht-melanozytären Hautkrebsarten steigt die Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter und außerdem mit der lebenslang erworbenen UV-Dosis an.

Betriebsärzte erreichen die 18-65-jährigen

Was das mit praktischer Arbeitsmedizin zu tun hat? Hautkrebs ist heilbar – wenn er früh erkannt wird. Die Deutsche



Kontakt

Dr. med. Michael Vollmer
Facharzt für Arbeitsmedizin
Ludwigstraße 8
64342 Seeheim-Jugenheim
Telefon: 0 62 57-90 15 90
E-Mail: vollmer@arbeitsmedizin-suedhessen.de

Krebshilfe, die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben eine Kampagne in Betrieben gestartet, um die Prävention weiter zu fördern. „Betriebsärzte erreichen Menschen aus fast allen Bevölkerungsschichten im Alter von 18 bis 65 Jahren. Somit sprechen wir auch diejenigen an, die ansonsten eher selten zum Arzt gehen. Insbesondere Männer sind häufig wenig sensibel in Bezug auf Gesundheitsrisiken“, so Dr. Uwe Gerecke, Präsidiumsmitglied des VDBW.

Im Jahre 2008 hat Deutschland als erstes Land weltweit eine flächendeckend organisierte, standardisierte Hautkrebs-