

Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie

H.M. Hasselhorn¹
M. Michaelis²
P. Kujath³

¹Fachgebiet Arbeitswissenschaft (Leiter: Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn), Bergische Universität Wuppertal
²FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg im Breisgau
³Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA, Berlin

(eingegangen am 12.11.2019, angenommen am 09.01.2020)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Occupational health provision among workers in Germany: results of the representative lidA study

Introduction: There is an ongoing debate in Germany as to whether there is a sufficient number of active occupational health physicians (OHPs) to meet the need for occupational health surveillance. In this contribution, the frequency of OHP contact with employees is investigated based on data of a representative sample of older workers in Germany.

Methods: The data come from the third wave (2018) of the German lidA study (www.lida-studie.de), a longitudinal study investigating work, age, health and employment among workers born in 1959 or 1965. Data analysis was restricted to those in full-time or part-time employment at the time of the interview (n=3039). The analysis of data is descriptive and specification by occupation required at least 25 cases per occupational group.

Results: 62.1% of all respondents (n=1888) reported that their enterprise had an OHP. 52.1% of all employees had already had personal contact with him, half of them in the past 12 months. It was not possible to identify a statistically significant correlation with the extent of physical strain at work. Members of the engineering and medical professions and academics reported high OHP contact rates, while low rates were reported by some manual and service professions (e.g. construction and cleaning jobs), administrative professions and retail workers.

Discussion: The findings do not point directly to a shortage of OHPs in Germany. However, they do suggest an imbalance in the distribution of OHP resources: some occupations report OHP contacts on a smaller scale than would be expected, whilst the opposite applies to others.

Conclusions: There is a need for an in-depth scientific analysis of the current organisation, practice and quality of occupational health surveillance in Germany.

Keywords: occupational health surveillance – contact with occupational health physician – lack of occupational health physicians – employees – professional groups – empirical survey

Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie

Zielstellungen: Gegenwärtig wird in Fachkreisen diskutiert, ob für die betriebsärztliche Betreuung Beschäftigter in Deutschland ausreichend aktive Betriebsärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen. Mit den hier vorgestellten empirischen Ergebnissen zur Häufigkeit betriebsärztlicher Kontakte soll ein Erkenntnisbeitrag aus der Sicht von Beschäftigten in einer repräsentativen Stichprobe sozialversicherter älterer Erwerbstätiger geleistet werden.

Methoden: Die Daten stammen aus der laufenden Längsschnittstudie lidA (www.lida-studie.de), in der Zusammenhänge von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei Erwerbstätigen der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 untersucht werden. In die Analysen gingen die Daten von 3039 Befragten ein, die zum Zeitpunkt der Erhebung 2018 in einem Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit beschäftigt waren. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv und berufsgruppenbezogen bei mindestens 25 Fällen pro Berufsgruppe.

Ergebnisse: Von allen Befragten berichteten 62,1% (n=1888) von einem Betriebsarzt im Betrieb. 52,1% aller Beschäftigten hatten mit ihm bereits persönlichen Kontakt gehabt, die Hälfte von ihnen in den zurückliegenden 12 Monaten. Ein Zusammenhang mit dem Ausmaß körperlicher Belastung bei der Arbeit war statistisch nicht feststellbar. Angehörige technischer und medizinischer Professionen, auch Wissenschaftler¹, gaben hohe Kontaktraten an, Angehörige mancher manueller oder Dienstleistungsberufe (z. B. Bau- oder Reinigungsberufe) und Verwaltungsberufe sowie Verkäufer niedrige.

Diskussion: Die Ergebnisse weisen nicht direkt auf einen betriebsärztlichen Mangel in Deutschland hin. Allerdings legen sie eine unausgewogene Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen nahe: Manche Berufsgruppen berichten in geringem Maße betriebsärztliche Kontakte, obwohl mehr zu erwarten wären, bei anderen ist dies genau umgekehrt.

Schlussfolgerungen: Wünschenswert wäre die vertiefte wissenschaftliche Analyse der gegenwärtigen Ausgestaltung und Qualität der betriebsärztlichen Versorgung in der Praxis in Deutschland.

Schlüsselwörter: betriebsärztliche Betreuung – betriebsärztlicher Kontakt – Betriebsarztmangel – Beschäftigte – Berufsgruppen – empirische Befragung

ASU *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2020; 55: 186–191

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei den Berufsbezeichnungen weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Wenn nicht explizit auf männliche oder weibliche Personen verwiesen wird, sind jeweils alle Geschlechter gemeint.

Einleitung

Der Schutz der Gesundheit Beschäftigter bei der Arbeit ist eine besondere und zunehmende Herausforderung für Unternehmen und damit auch für die betrieblichen Arbeitsschutzakteure. In diesem Beitrag untersuchen wir die Häufigkeit betriebsärztlicher Kontakte älterer Erwerbstätiger in Deutschland.

Die betriebsärztliche Betreuung nach der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift V2) steht in Deutschland gegenwärtig in der Diskussion. Eine zentrale Frage dabei ist, ob dazu hierzulande ausreichend aktive Betriebsärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen (Trimpop 2019; Hien 2019; DGAUM 2017; VdBW 2018; DGUV 2017). Bereits im Jahr 2014 hatte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine Studie mit dem Titel „Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland“ veröffentlicht (Barth et al. 2014). Demnach bestand damals bundesweit eine Betreuungslücke, die insbesondere Kleinbetriebe, ländlichere Regionen und die östlichen Bundesländer betrafen. Für die betriebsärztliche Grundbetreuung von Unternehmen fehlten nach Schätzungen der Autoren 3000 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde bei rund 12 000 existierenden (Barth et al. 2014). Zudem ist von einer „Altersfalle“ die Rede (Wallenfels 2015), da über 60 % aller Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde 60 Jahre alt oder älter sind (Bundesärztekammer 2019) und viele von ihnen perspektivisch nicht mehr für betriebsmedizinische Aufgaben zur Verfügung stehen werden. Die oben zitierte BAuA-Studie ergab, dass sich die im Jahr 2011 konstatierte Betreuungslücke in den kommenden Jahren weiter verschärfen würde, wenn nicht Gegenmaßnahmen ergriffen würden.

Auch in Stellungnahmen nichtmedizinischer Organisationen und Personen wird oft ein Betriebsärztemangel konstatiert (Trimpop 2019; Hien 2019; DGUV 2017). Arbeitsmedizinische Fachorganisationen dagegen relativieren die Befunde der BAuA-Studie und schreiben von einem „vorgeblichen Betriebsärztemangel“ (DGAUM 2017) beziehungsweise einem „angeblichen Mangel an Betriebsärzten“ (VdBW 2018). Inzwischen wird allerdings fachöffentlich diskutiert, ob nicht weitere Professionen in die Betreuungsaufgaben gemäß DGUV Vorschrift V2 und Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) einbezogen werden sollten (DGUV 2017; Trimpop 2019), nicht zuletzt, um die „knappen arbeitsmedizinischen Ressourcen zu entlasten“ (DGUV 2017).

Zum Umfang der betriebsärztlichen Versorgung in Deutschland liegt eine Reihe von Studien aus der Sicht von Unternehmen und Erwerbstätigen vor: Bei einer repräsentativen Unternehmensbefragung im Rahmen der Dachevaluation der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ (GDA) aus dem Jahr 2015 gaben 35 % der befragten 6500 Betriebe an, Betriebsärztinnen und -ärzte bestellt zu haben² (GDA 2017). Bei einer früheren GDA-Befragung zeigte sich erwartungsgemäß die kleinste Betriebsgrößenklasse (1 bis 9 Beschäftigte) stark unterversorgt, während die betriebsärztliche Betreuung bei Betrieben ab 10 Beschäftigten mehrheitlich gegeben war (GDA 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kam im Jahr 2017 eine Online-Befragung von 724 kleinen und mittleren Thüringer Unternehmen im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ (GAIT). Dort erklärten nur 45 % aller antwortenden Betriebe, dass sie betriebsärztlich betreut würden. Dieser geringe

Wert war insbesondere auf eine geringe Betreuungsquote bei den zahlreichen Kleinbetrieben zurückzuführen (32 %), dagegen zeigten Kleinbetriebe mit 10–19 Beschäftigten (65 %), Betriebe mit 20–49 Beschäftigten (80 %) und insbesondere Betriebe mit 50–249 Beschäftigten (88 %) bereits deutlich höhere Betreuungsquoten (Amler et al. 2018). Zahlen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors erlauben die Einschätzung des Sachverhalts aus Sicht von Erwerbstätigen. Von 24 408 Erwerbstätigen, die zwischen 2001 und 2009 befragt wurden, wurde etwa jeder Zehnte in den zurückliegenden 12 Monaten betriebsärztlich betreut (Schnee et al. 2012); die Kontaktwahrscheinlichkeit war vergleichsweise höher bei Vollzeitbeschäftigten, chronisch Kranken und Männern.

Gemäß hiesiger Arbeitsschutzgesetzgebung muss längst nicht jeder Beschäftigte betriebsärztlichen Kontakt haben, für bestimmte Umstände allerdings sind arbeitsmedizinische Kontakte verpflichtend vorgeschrieben: Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) schreibt die Pflichtvorsorge bei „bestimmten besonders gefährdenden Tätigkeiten“ vor, diese werden im Anhang der ArbMedVV konkret benannt. Die Vorsorge findet in aller Regel beim vom Unternehmen bestellten betriebsärztlichen Dienst statt, theoretisch könnte diese allerdings auch bei weiterem ärztlichen Fachpersonal mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen, was aber eher nur in Ausnahmefällen der Fall sein dürfte. Wie der Name es nahelegt, müssen alle Beschäftigten, deren berufliche Tätigkeiten unter die Pflichtvorsorge fallen, zwingend betriebsärztlichen Kontakt gehabt haben. Hierzu zählen unter anderem Tätigkeiten mit bestimmten Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen, Lärm und Vibration jenseits festgelegter Schwellen, Hitze- und Kältearbeiten, Taucherarbeiten, künstlicher optische Strahlung, ebenso das Tragen von schwerem Atemschutz der Gruppen 2 und 3 sowie berufliche Tätigkeiten in den Tropen oder Subtropen.

Weiterhin schreibt die Strahlenschutzverordnung Untersuchungen durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte verbindlich vor, was zumeist die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt sein dürfte. Vergleichbares ist in der Druckluftverordnung für Tätigkeiten unter Überdruck festgelegt. Auch in der Gesundheitsschutz-Bergverordnung sowie der Offshore-Bergverordnung sind Eignungsuntersuchungen festgeschrieben, die in aller Regel durch betriebsärztliches Fachpersonal erfolgen dürften.

Zu den oben genannten verpflichtenden Anlässen für betriebsärztliche Kontakte der Beschäftigten kommen zahlreiche mehr oder weniger freiwillige Anlässe hinzu: Bei „bestimmten gefährdenden Tätigkeiten“ schreibt die ArbMedVV die Angebotsvorsorge vor. Entsprechende im Anhang der ArbMedVV genannte Tätigkeiten umfassen zum Beispiel die weit verbreiteten Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen, die mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System verbunden sind. Führen Beschäftigte solche Tätigkeiten aus, muss ihr Betrieb ihnen Angebotsvorsorge anbieten, sie müssen sie aber nicht in Anspruch nehmen. Bei der Wunschvorsorge gemäß ArbSchG und ArbMedVV können sich Beschäftigte an ihren Betrieb wenden, wenn sie befürchten, dass ihre Gesundheit arbeitsbedingt gefährdet ist. Je nach den Gefahren ermöglicht das Unternehmen ihnen in der Folge regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen. Nach Arbeitszeitgesetz haben Beschäftigte, die nachts arbeiten, Anspruch auf die regelmäßige Untersuchung ihrer Nachtdiensttauglichkeit.

Häufig werden Eignungsuntersuchungen, zum Beispiel bei Beschäftigten mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten, mit

2 Am alternativen Betreuungsmodell, auch Unternehmensmodell genannt, nahmen nach eigenen Angaben 15% teil.

Absturzgefährdung oder mit Auslandsaufenthalten in Gebieten mit eingeschränkter ärztlicher Versorgung vom betriebsärztlichen Dienst durchgeführt. Grundlage sind die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Untersuchungen (DGUV-Grundsätze). Diese enthalten allerdings nur Beurteilungskriterien und Empfehlungen für den Untersuchungsumfang, sie sind keine eigene Rechtsgrundlage für zwingend durchzuführende Untersuchungen. Allerdings werden sie zum Teil betrieblich oder arbeitsvertraglich bindend vereinbart.

Die DGUV-Vorschrift 2 schreibt betriebsärztliche Kontakte mit Beschäftigten nicht verbindlich vor. Dennoch könnte es bei den in ihr formulierten betriebsärztlichen Aufgabenkontakten mit Beschäftigten geben, nämlich in Form von Beratung verantwortlicher Personen (dies können durchaus Beschäftigte sein), bei der Begehung der Arbeitsstätten, bei der Untersuchung der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen (z.B. in Form einer betriebsinternen „Studie“) oder bei der Unterstützung von Unterweisungen. Die Beteiligung an der arbeitsmedizinischen Beratung im Rahmen von Unterweisungen ist in mehreren Verordnungen vorgesehen, dies muss aber nicht bedeuten, dass die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt persönlich bei der Unterweisung anwesend ist.

Betriebsärztliche Kontakte im Zusammenhang mit Neuanstellungen kommen auch in Form von „Einstellungsuntersuchungen“ vor. Durch das seit 2008 in der ArbMedVV betonte Gebot, Eignungsuntersuchungen und Vorsorge zu trennen, ist zu erwarten, dass immer seltener der eigene betriebsärztliche Dienst mit den Einstellungsuntersuchungen beauftragt wird.

Oben wurde die kontroverse Debatte zur Frage eines Betriebsarztmangels in Deutschland skizziert und auf Studien verwiesen, die hierzulande eine unvollständige betriebsärztliche Betreuung nahelegen. Schließlich wurde die rechtliche Lage in Hinblick auf betriebsärztliche Kontakte Beschäftigter dargestellt und hier bewusst zwischen zwingenden und freiwilligen Kontakten differenziert. Zusammenfassend stellt sich nicht nur die Frage, ob in Deutschland ausreichend betriebsärztliche Kapazität vorhanden ist, sondern auch, ob diese adäquat verteilt ist: Erhalten jene, die nach dem geltenden Recht betriebsärztlich Kontakte haben sollten, diese auch? Und erhalten diejenigen, die sie möglicherweise weniger brauchen, diese tatsächlich auch weniger?

Die nachfolgend präsentierten Studienergebnisse stellen das Ausmaß betriebsärztlicher Betreuung bei Beschäftigten in Deutschland anhand aktueller Daten einer umfassenden repräsentativen Stichprobe von älteren Beschäftigten vor. Ziel ist, Größenordnungen der betriebsärztlichen Betreuung und deren Passung mit dem Bedarf abzuschätzen.

Methoden

Die zur Beantwortung der Forschungsfrage erforderlichen Daten stammen von der lidA (leben in der Arbeit)-Studie (www.lida-studie.de). In dieser Kohortenstudie werden die Zusammenhänge von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Er-

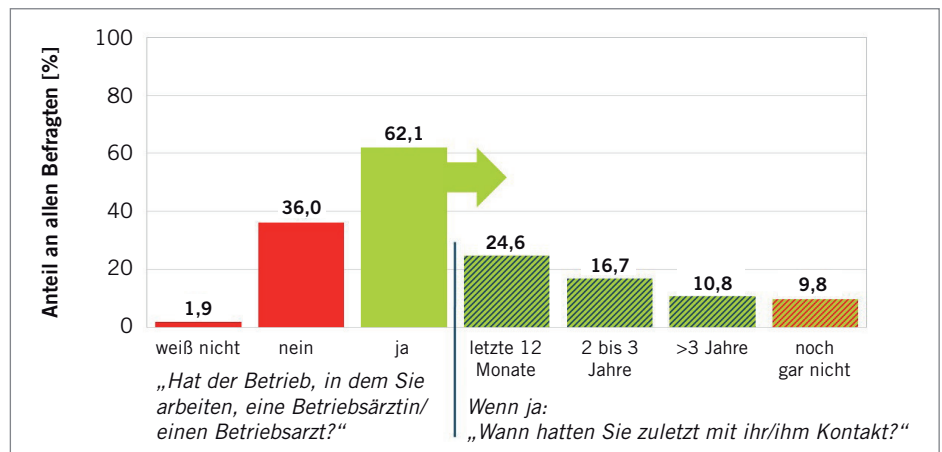


Abb. 1: Angaben älterer Beschäftigter in Deutschland zur Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes in ihrem Betrieb und gegebenenfalls dem zeitlichen Abstand zum letzten Kontakt (n=3039, lidA-Welle 3, 2018, eigene Daten)

Fig. 1. Information from older workers in Germany on the presence of an occupational health physician in their enterprise and, if applicable, amount of time since the last contact (n=3039, lidA-Wave 3, 2018, own data)

werbstätigen untersucht, die in den Jahren 1959 oder 1965 geboren wurden und zum Stichtag 31.12.2009 in einem sozialversicherungspflichtigen Erwerbverhältnis gestanden haben. Sie werden in regelmäßigen Abständen befragt (bisher in den Jahren 2011, n = 6585; 2014, n = 4244 und 2018, n = 3586). Die Befragungen erfolgen zu Hause bei den Teilnehmenden mittels computergestützter Interviews (CAPI). Für alle drei Erhebungswellen ist die Stichprobe repräsentativ für die gleichaltrige sozialversicherungspflichtige erwerbstätige Bevölkerung der beiden Alterskohorten in Deutschland (Schröder et al. 2013, Steinwede et al. 2015). Konzept und Design der lidA-Studie werden bei Hasselhorn et al. (2014) ausführlich beschrieben. Ein positives Votum der Ethikkommission der Bergischen Universität Wuppertal zur Durchführung der lidA-Studie liegt vor vom 05.12.2008 sowie dem 20.11.2017. In der dritten Welle wurden auch Fragen zur betriebsärztlichen Betreuung erhoben. Zu diesem Zeitpunkt waren die Befragten 53 beziehungsweise 59 Jahre alt.

In die Analysen gingen die Daten von 3039 Befragten ein, die zum Zeitpunkt der Erhebung 2018 in einem Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit beschäftigt und nicht ausschließlich geringfügig beschäftigt waren. Die Fragen wurden wie folgt gestellt:

„Hat der Betrieb, in dem Sie arbeiten, einen Betriebsarzt?“; wenn „ja“: „Wann hatten Sie mit ihm zuletzt Kontakt?“ Eine Differenzierung der Ergebnisse erfolgte

1. nach dem Ausmaß der körperlichen Exposition bei der Arbeit. Hierzu wurde ein Summenmaß aus den drei folgenden Expositionen erstellt: 1. Gebückt, hockend, kniend, liegend oder über Kopf arbeiten; 2. Heben und/oder Tragen von schweren Lasten (Frauen mehr als 10 kg/Männer mehr als 20 kg); 3. einseitige Bewegungen im Sinne einseitiger körperlicher Aktivität. Die Antwortkategorien entsprachen Anteilen an der Arbeitszeit (nie, bis zu einem Viertel, bis zur Hälfte, bis zu drei Vierteln, (fast) immer). Jegliche Exposition größer als „nie“ wurde im Summenmaß als eine „Exposition“ gewertet;
2. nach Berufsgruppen. Hier wurde auf den Dreisteller der Klassifikation der Berufe 1988 (KLDB 1988) zurückgegriffen. In drei Fällen wurden verschiedene Berufsgruppen ähnlicher Tätigkeit

körperliche Exposition(en)	Anzahl	Betriebsärztin/-arzt im Betrieb Vorhanden	eigener betriebsärztlicher Kontakt
keine	627/615	65%	55%
eine	1101/1077	63%	53%
zwei	646/631	59%	51%
drei	665/657	60%	54%

Abb. 2: Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb sowie eigener betriebsärztlicher Kontakt nach Intensität der Exposition gegenüber körperlichen Belastungen bei der Arbeit bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2018 (eigene Daten)

Fig. 2: Presence of an occupational health physician in the enterprise and personal contact with him according to the intensity of physical strain at work among older employees in Germany in 2018 (own data)

Berufsgruppen (KLDB1988)	Anzahl	Betriebsärztin/-arzt im Betrieb Vorhanden	eigener betriebsärztlicher Kontakt
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaus	26	100%	92%
Pflegepersonal, Hebammen	163	93%	92%
Sonstige Maschinisten	30	87%	83%
Industriemeister, Werkmeister	47	83%	81%
Wissenschaftler	40	78%	75%
Maschinenschlosser	41	73%	71%
Maschinenbautechniker	30	81%	70%
Sonstige Techniker	49	78%	69%
Medizinallaboranten	26	69%	69%
Unternehmensberater, Organisatoren	30	83%	67%
Schlosser/Werkzeugmacher	47	70%	66%
Werbefachleute	27	68%	63%
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	107	68%	62%
Bankfachleute	90	82%	61%
Datenverarbeitungsfachleute	78	68%	60%
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	101	69%	59%
Heimleiter, Sozialpädagogen	29	58%	59%
Sonstige Ingenieure	50	82%	58%
Elektroinstallateure, -monteure	38	66%	58%
Lagerverwalter, Magaziner	42	66%	57%
Lager-, Transportarbeiter	35	66%	54%
Sprechstundenhelfer	60	64%	53%
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	38	61%	53%
Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter	109	65%	50%
Bürofachkräfte	333	60%	53%
Sonstige Lehrer	25	62%	49%
Pförtner, Hauswarte	34	50%	44%
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	55	61%	42%
Handelsvertreter, Reisende	32	51%	41%
Kraftfahrzeugführer	47	46%	36%
Köche	25	36%	36%
Raum- und Hausratereiniger	31	35%	29%
Buchhalter	41	36%	24%
Bauberufe/Tischlerei	61	30%	23%
Real-, Volks-, Sonderschullehrkräfte	48	31%	23%
Verkäufer	113	12%	3%

Abb. 3: Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb und jemals stattgefundenen betriebsärztlicher Kontakt nach Beruf bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2018 (eigene Daten)

Fig. 3: Presence of an occupational health physician in the enterprise and any contact with him by occupation among older workers in Germany in 2018 (own data)

zusammengeführt: Wissenschaftler; Bauberufe/Tischlerei; Schlosser/Werkzeugmacher. Es werden nur Berufsgruppen mit einer Mindestzahl von n = 25 dargestellt.

Die Datenauswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics Version 25 deskriptiv und inferenzstatistisch ($p \leq 0,05$) mittels Chi²-Test (Effektstärke: Kontingenzkoeffizient C, Kategorien: <0,3 geringe, <0,5 moderate und $\geq 0,5$ hohe Effektstärke; Bühner u. Ziegler 2017).

Ergebnisse

Von allen 3039 Befragten meinten 62,1 % (1888 Personen), dass der Betrieb, in dem sie arbeiteten, einen betriebsärztlichen Dienst habe

(nein: 36,0 %, weiß nicht 1,9%, ➔ **Abb. 1**, linke Hälfte). Bezogen auf alle Befragten, hatten 52,1 % der Beschäftigten (n = 1584) in ihrem jetzigen Betrieb schon einmal persönlichen betriebsärztlichen Kontakt (s. **Abb. 1**, rechte Hälfte). Befragt nach dem Zeitpunkt des letzten Kontakts berichtete knapp die Hälfte der Beschäftigten mit betriebsärztlichem Dienst (n = 747; 24,6 % aller), dass dies in den zurückliegenden 12 Monaten der Fall gewesen sei. Bei etwa jedem dritten von ihnen (n = 509, 16,7 % aller) lag der Kontakt zwei bis drei Jahre zurück und bei 328 Personen (10,8 % aller) über drei Jahre.

Das Ausmaß körperlicher Belastung bei der Arbeit (Anzahl verschiedener Expositionsformen) war aus statistischer Sicht nicht mit der Erfahrung betriebsärztlicher Kontakte beziehungsweise dem Vorhandensein eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb assoziiert (➔ **Abb. 2**).

In ➔ **Abb. 3** sind Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Anteilen an Personen dargestellt, die das Vorhandensein eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb beziehungsweise einen eigenen betriebsärztlichen Kontakt berichteten (absteigend sortiert nach der letztgenannten Variable). Technische und medizinische Professionen führen die Rangliste an. So gaben sämtliche 26 Personen mit dem Ingenieurberuf des Maschinen- und Fahrzeugbaus an, dass ihr Betrieb einen betriebsärztlichen Dienst habe; fast alle hatten mit diesem auch bereits Kontakt gehabt. Am unteren Ende finden sich manuelle Berufe (Reinigungskräfte sowie Bauberufe/Tischlerei), Verwaltungsberufe (Buchhaltung), Real-, Volks- und Sonderschullehrkräfte sowie Verkaufangestellte. 12 % der Letzteren berichteten von der Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes in ihrem Unternehmen, aber nur 3 % hatten jemals Kontakt.

Diskussion

Fast zwei Drittel aller in der lidA-Welle 3 befragten älteren sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten gaben an, einen betriebsärztlichen Dienst im Betrieb zu haben und rund die Hälfte aller hatte „jemals“ Kontakt mit ihm gehabt. Damit liegen die Ergebnisse über dem, was auf Basis der zurückliegenden GDA-Evaluation zu erwarten gewesen wäre, wo eine Betreuungsquote von 35 % aller Betriebe festgestellt worden ist (GDA 2017). Die Ergebnisse der GAIT-Betriebsbefragung lagen mit einer betrieblichen Betreuungsquote von 55 % auf gleichem Niveau wie die lidA-Werte (Amler et al. 2018). Allerdings dürften Betreuungsquoten auf Basis von Betriebserhebungen (Anteil Betriebe) nur wenig vergleichbar sein mit solchen aus Beschäftigtenbefragungen (Anteil Erwerbstätiger). Bei der über lidA hinaus einzigen uns bekannten Erwerbstätigenbefragung, dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor, lagen die festgestellten Betreuungswerte deutlich unter den hier ermittelten: In den letzten 12 Monaten hatte dort durchschnittlich nur etwa jeder Zehnte einen betriebsärztlichen Kontakt gehabt (Schnee et al. 2012). In der lidA-Studie – bezogen auf alle Befragten – war dies mit $n = 747$ von 3039 bei jedem vierten Beschäftigten der Fall. Eingangs haben wir dargestellt, dass manche Gruppen Erwerbstätiger durchaus betriebsärztlichen Kontakt haben müssten (Berufe, für die Tätigkeiten, die Pflichtvorsorge mit sich bringen, typisch sind), andere allerdings nur möglicherweise (Berufe, die häufig mit Tätigkeiten einhergehen, für die Angebotsvorsorge vorgesehen ist) und dritte in aller Regel keinen (keine physikalischen, chemischen oder biologischen Einwirkungen und keine physischen Belastungen).

Danach wäre beispielsweise bei Pflegepersonal und Geburtshelferinnen und -helfern durch die Exposition gegenüber biologischen und anderen gefährdenden Arbeitsstoffen und der damit verbundenen Pflichtvorsorge eine sehr hohe Kontaktquote zu erwarten. Dies wird mit 92% betriebsärztlichem Kontakt auch bestätigt. Dagegen lag die Quote bei den ebenfalls von der Pflichtvorsorge betroffenen Kindergarten- und Kinderpflegeberufen nur bei ca. 60%. Diese Diskrepanz könnte durch einen positiven Zusammenhang zwischen Kontaktwahrscheinlichkeit und Betriebsgröße (z.B. Krankenhäuser vs. Kindergärten) erklärt werden. Bekanntermaßen liegt das Ausmaß des formalisierten Arbeitsschutzes in vielen Klein- und Mittelbetrieben hinter dem von Großbetrieben wie beispielsweise Krankenhäusern (Beck u. Lehnhardt 2009; Sczesny et al. 2014; Barth et al. 2014). Die Betriebsgröße wurde bei den lidA-Erhebungen allerdings leider nicht erfasst.

Die Erwartung einer vergleichsweise höheren Kontaktwahrscheinlichkeit bei gewerblichen Berufen wurde nur teilweise bestätigt. Maschinisten, Industriemeister, Schlosser usw. finden sich tatsächlich im Bereich hoher Raten betriebsärztlicher Kontakte, allerdings im starken Gegensatz zu Bauberufen/Tischlern und auch Reinigungskräften. Auch hier ist ein Zusammenhang mit der Betriebsgröße wahrscheinlich. Die gewerblichen Berufe mit hohen Kontaktraten sind typisch für stationäre industrielle Arbeitsplätze, für die eine ausgeprägtere Arbeitsschutztradition anzunehmen ist. Die Baubranche dagegen ist von kleinsten, kleinen und mittleren Handwerksbetrieben geprägt (Rein u. Schmidt 2018), ebenso, wie dies für die zahlreichen Reinigungsunternehmen anzunehmen ist. Eine Unterversorgung könnte sich auch durch Unwissen der Befragten in Bezug auf die betriebsärztliche Betreuung ihres Unternehmens ergeben, was wieder bei Angehörigen kleinerer Betriebe vermehrt zu vermuten ist, sowie dort, wo die Vorsorge außerhalb des

Unternehmens stattfindet. Niedrigere Kontaktquoten können darüber hinaus natürlich auch auf die häufige Nicht-Inanspruchnahme der vom Unternehmen angebotenen und für die Beschäftigten freiwilligen Angebotsvorsorge zurückzuführen sein (Völter-Mahlknecht et al. 2015).

Gleichzeitig finden sich Hinweise auf eine möglicherweise unverhältnismäßig hohe Versorgung bestimmter Gruppen, nämlich zum einen der Befund, dass das Ausmaß der Exposition gegenüber körperlichen Belastungen nicht mit der Prävalenz von betriebsärztlichen Kontakten assoziiert ist. Zudem weisen einige Berufsgruppen mit in aller Regel sehr geringen tätigkeitsbedingten Gefährdungen wie Berufen in der Wissenschaft, im Ingenieurwesen, Werbe-, Bank- oder Datenverarbeitungsfachleute überdurchschnittliche Kontaktquoten auf. Über die Gründe für solch hohe Kontaktquoten lässt sich auf Basis der lidA-Daten nur spekulieren: Möglicherweise wird bei diesen Tätigkeiten häufig eine arbeitsmedizinische Vorsorge wegen Tätigkeiten an Bildschirmgeräten in Anspruch genommen, was insbesondere bei älteren Beschäftigten im Vergleich zu jüngeren plausibel erscheint. Hierfür spricht auch, dass die genannten Berufsgruppen erfahrungsgemäß eher in größeren Betrieben tätig sind, wo die arbeitsmedizinische Versorgung häufiger zu finden ist und es schon zur Routine gehören könnte, diese Vorsorge anzubieten. Auch ist möglich, dass betriebsärztliche Kontakte auf Initiative der Beschäftigten zustande kommen, beispielsweise im Rahmen von betriebsärztlichen Sprechstunden oder der arbeitsmedizinischen Wunschvorsorge nach ArbMedVV. Höher qualifizierte Berufsgruppen könnten dieses Angebot bevorzugt in Anspruch nehmen, allerdings ist nicht davon auszugehen, dass dies zahlenmäßig stark ins Gewicht fällt.

Nach unserer Einschätzung weisen die hier vorgestellten Studienergebnisse nicht direkt auf einen betriebsärztlichen Mangel hin. Wenn 40% aller befragten älteren Beschäftigten in Deutschland angeben, dass sie in den zurückliegenden Jahren betriebsärztlichen Kontakt gehabt haben, dann könnte dies durchaus dem entsprechen, was man angesichts der Regulierungslage und der hiesigen Wirtschaftsstruktur erwarten würde. Allerdings legen diese Ergebnisse eine ineffektive Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen nahe: Manche Berufsgruppen erhalten weniger Betreuung, obwohl sie mehr haben müssten und umgekehrt. Ob dies immer nur durch die Betriebsgröße zu erklären ist oder auch durch strukturelle Benachteiligungen beziehungsweise Bevorzugungen von bestimmten Berufsgruppen, kann hier nicht geklärt werden. Dafür müssen die Ergebnisse der folgenden Erhebungswelle 2021 abgewartet werden, in der die Betriebsgröße erhoben wird.

Stärken und Limitationen der Studie. Die vorliegende Untersuchung weist eine Reihe von Stärken und Schwächen auf. Zu den Stärken zählen die Repräsentativität der Daten in Bezug auf ältere sozialversicherte Erwerbstätige, die hohe Anzahl der Befragten und die Aktualität der Daten. Zu den Schwächen dieser Untersuchung gehört, dass lidA nur zwei Jahrgänge älterer Beschäftigter umfasst. Es ist nicht ausgeschlossen, dass gerade die arbeitsmedizinische Vorsorge wegen Tätigkeiten an Bildschirmgeräten eher zu betriebsärztlichen Kontakten älterer als jüngerer Beschäftigter führt. Dennoch ist nicht anzunehmen, dass die Ergebnisse Jüngerer hierdurch substanziell von den oben genannten abweichen würden. Eine Schwäche der Studie ist insbesondere, dass bislang die Betriebsgröße nicht abgefragt wurde. Dies ist bedauerlich, da die Betriebsgröße einen Teil der betriebsärztlichen Nichtbetreuung erklären, wenn auch nicht entschuldigen kann. Dies wird in der

kommen, für 2021 geplanten Erhebungswelle 4 nachgeholt. Zu beachten ist ferner, dass Beschäftigtenbefragungen den Kenntnisstand von Befragten widerspiegeln, möglicherweise aber nicht die reale Versorgungslage. Dies gilt insbesondere für die Frage des Vorhandenseins eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb, weniger aber für die Frage nach dem letzten eigenen betriebsärztlichen Kontakt. Schließlich ist zu beachten, dass das Stattfinden eines betriebsärztlichen Kontakts, wie in der Studie abgefragt, nicht bedeuten muss, dass dies stets zum Beispiel ein Termin zur arbeitsmedizinischen Vorsorge gewesen wäre, auch ein beiläufiger Kontakt etwa bei einer Arbeitsplatzbegehung könnte von den Befragten als solcher bewertet worden sein. Schließlich ist zu beachten, dass die Beantwortung der gestellten Fragen nichts über die Qualität der betriebsärztlichen Versorgung aussagt.

Schlussfolgerungen

Hauptbefund der vorgestellten Ergebnisse ist, dass die Annahme eines quantitativen Mangels an betriebsärztlicher Versorgung in Deutschland nicht unterstützt werden kann, wohl aber Hinweise für eine ineffektive Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen gefunden wurden. Hier könnte eine Reflexion aller Beteiligten, das heißt Betriebsärzteschaft und Betriebe über die Ursachen erfolgen und ggf. aktiv im Sinne einer besseren betriebsärztlichen Ressourcenverteilung gegengesteuert werden.

Die berichteten Ergebnisse stellen den Nebenbefund einer Befragungsstudie dar, in deren Fokus die Gesundheit und das Älterwerden in der Arbeit steht. Sie bieten erste Anhaltspunkte für kritische Reflexionen der Praxis der betriebsärztlichen Tätigkeit, doch tiefergehende und zahlreiche weitere relevante Fragen bleiben unbeantwortet. Es wäre wünschenswert, wenn die Ausgestaltung und die Qualität der betriebsärztlichen Versorgung in der Praxis einschließlich der sozialen Beziehungen der betrieblich Beteiligten vertieft wissenschaftlich untersucht würden, wobei quantitative als auch qualitative Forschungsansätze zur Anwendung kommen könnten. Ein Ziel wäre dabei, die Praxis der betriebsärztlichen Tätigkeit in Zeiten umfassenden gesellschaftlichen Wandels im Interesse des Arbeitsschutzes auf neue Herausforderungen einzustellen und zu optimieren.

Interessenkonflikt: Die Autorenschaft erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Förderung: Die vorliegende Arbeit wurde gefördert durch die BARMER im Rahmen der Förderung des lidA III-BGF-Teilprojekts, Förderkennzeichen: 2016-379.

Literatur

AfAMed Ausschuss für Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): AMR Nr. 13.2 – Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System. GMBI 2017; 76–77: 1571 (<https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AMR/AMR-13-2.html>).

Amler N, Voss A, Wischitzki E, Quittkat C, Sedlacek S, Nesseler T, Letzel S, Drexler H. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz – Status quo, Kenntnisstand und Unterstützungsbedarf in KMU. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2019; 54: 36–46.

Barth CH, Hamacher W, Eichholtz C: Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland. 1. Aufl. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA, 2014.

Beck D, Lenhardt U: Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland. Praev Gesundheitsf 2009; 4: 71–76.

Bühner M, Ziegler M: Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. 2. Aufl. München: Pearson, 2017.

Bundesärztekammer: Gemeldete Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§3, 6 UVV Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV V2) nach Altersgruppen zum 31.12.2017 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Arbeitsmedizin/Arbeitsmedizin_Statistik_2017.pdf – zuletzt abgerufen am 15.07.2019).

DGAUM (Hrsg.): Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft und die zukünftige arbeitsmedizinische Versorgung – Stellungnahme der DGAUM zur Sicherung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Stellungnahmen_und_Positionspapiere/2017/DGAUM_Stellungnahme_BAE-Mangel_5_.pdf – zuletzt abgerufen am 17.10.2019).

DGUV (Hrsg.): Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit – 2., vollständig überarbeitete Auflage (https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/praeov_gremien/arbeitsmedizin/produkte/leitfaeden/leitfaden_nutzen.pdf – zuletzt abgerufen am 17.10.2014).

DGUV, Hennefer Kreis: Positionspapier – Die betriebliche Betreuung nach der DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“. DGUV Forum 2017; 27–29.

GDA 2017 – Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg.): GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung: Grundausswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011 - betriebsproportional gewichtet (https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Grundausswertung-betriebsprop-Evaluation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 – zuletzt abgerufen am 14.10.2019).

GDA 2014 – Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg.): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt abgerufen am 18.10.2019).

Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A, Schröder H, Swart E, Bender S, du Prel JB, Ebenner M, March S, Trappmann M, Steinwede J, Müller BH: Cohort profile: The lidA cohort study – a german cohort study on work, age, health and work participation. Int J Epidemiol 2014; 43: 1736–1749.

Hien W: Chronisch Kranke im Klein- und Mittelbetrieb – ein brisantes und nach Lösung drängendes Thema. ErgoMed/Prakt Arbmed 2019; 43: 24–29.

Rein S, Schmidt C: Bautätigkeit in Europa – Beschäftigungsstrukturen und Produktivität. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, Hrsg.): 2018 (https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/AnalysenKompakt/2018/ak-13-2018-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Schnee M, Mosebach K, Groneberg DA: Welche Erwerbstätigen haben Kontakt zu Betriebsärzten? Zbl Arbeitsmed 2012; 62: 98–103.

Schröder H, Kersting A, Gilberg R, Steinwede J. Methodenbericht – zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit. FDZ-Methodenreport 2013 (http://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR_01-13.pdf).

Sczesny C, Keindorf S, Droß P, Jasper G: Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU, 1. Aufl. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014.

Steinwede J, Kleudgen M, Häring A, Schröder M: Methodenbericht. zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit, Welle 2. FDZ-Methodenreport 2015 (http://doku.iab.de/fdz/reporte/2015/MR_07-15.pdf).

Trimpop R: Bedarfsgerecht optimierte Betreuung – Die Nützlichkeit der Integration weiterer Professionen. Ergo Med 2019; 5 (<https://www.ergo-med.de/pasig/bedarfsge-recht-optimierte-betreuung-die-nuetzlichkeit-der-integration-weiterer-professionen/>).

VDBW: Betriebliche Betreuung muss in kompetenten Händen bleiben – in den Händen von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit – Extrablatt an die Mitglieder des VDBW, 2018 (https://www.vdbw.de/Extrablatt_Aenderung_der_DGUV_Vorschrift_2).

Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Preiser C, Blomberg N, Rieger MA: Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Forschungsbericht 448. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015.

Wallenfels W: Demografischer Wandel: Stecken Arbeitsmediziner in der Altersfalle? Ärztezeitung 28.05.2015 (https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/betriebsmedizin/article/886925/demografischer-wandel-stecken-arbeitsmediziner-altersfalle.html – zuletzt abgerufen am 14.10.2019).

Kontakt:

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn

Bergische Universität Wuppertal, Fachgebiet Arbeitswissenschaft
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik
hasselhorn@uni-wuppertal.de