

Der Betriebsarzt als Gesundheitsförderer (Dr. Christa Weßel)

Hausarbeit im Fach *Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Uwe Lenhardt

Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin

SS1999, Berlin, September 1999

Inhalt

Einführung	1
Ausgangslage	2
Gesetzliche Gegebenheiten	3
Instrumente der Gesundheitsförderung	4
Voraussetzungen und Qualifikationen von Gesundheitsförderern	6
Ausbildung von Betriebsärzten	7
Tätigkeitsprofil und Selbstverständnis von Betriebsärzten	8
Gesundheitsförderung in Weiter- und Fortbildungen von Betriebsärzten	9
Resümé	9
Quellen / Literatur	10

Einführung

Die betriebliche Gesundheitsförderung gewinnt seit circa fünfzehn Jahren zunehmende Bedeutung. Akteure sind dabei Krankenkassen, Gewerkschaften, Berufsgenossenschaften, Arbeitgeber, fachliche Experten wie Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte, und vor allem die Beschäftigten.

Unter Gesundheitsförderung fallen hier nicht nur die "klassischen" Aspekte des Arbeitsschutzes, wie z.B. die Ergonomie von Arbeitsabläufen, sondern in zunehmendem Mass Aspekte der psychosozialen Belastung.

Ein wesentlicher Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Einbeziehung der Beschäftigten. Sie sind für ihre Belange die Experten vor Ort und können am besten angeben, wo die grössten Belastungen liegen. Und mit ihnen können am ehesten konsensfähige Verbesserungsmassnahmen erarbeitet und durchgeführt werden - das grundsätzliche Einverständnis des Arbeitgebers angenommen.

Instrumente dafür sind betriebliche Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitszirkel und der Arbeitskreis Gesundheit. Für den Einsatz dieser Instrumente werden Fachleute gebraucht, die zum einen mit der Methodik, z.B. der Moderation eines Zirkels, vertraut

sind und zum andern die betrieblichen Abläufe kennen und - last not least - das Vertrauen der Beschäftigten haben.

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, inwieweit Arbeitsmediziner und Betriebsärzte (im folgenden nur noch Betriebsärzte genannt) nicht nur als befragte und zu Rat gezogene fachliche Experten, sondern als aktiv in der betrieblichen Gesundheitsförderung Beteiligte in Frage kommen.

Da insbesondere Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit immer wieder im Kontext von Gesetzen und Verordnungen gesehen werden, und eine Betrachtung der allgemeinen Situation in der Gesundheitsförderung zum weiteren Verständnis beiträgt, folgt nach einer kurzen Beschreibung der Ausgangslage und der gesetzlichen Gegebenheiten die Darstellung der Instrumente der Gesundheitsförderung.

Hinsichtlich der Thematik "Der Betriebsarzt als Gesundheitsförderer" wird untersucht, welche Voraussetzungen und Qualifikationen "Gesundheitsförderer" im Betrieb brauchen, und ob und wieweit Betriebsärzte diese Anforderungen erfüllen. Dazu wird ihre Ausbildung und ihr Tätigkeitsprofil betrachtet. Beispiele aus den Programmen der Berliner Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sollen zeigen, welche Ansätze es hin zur integrativen, ganzheitlichen Gesundheitsförderung auch in Weiter- und Fortbildungen gibt.

Die Arbeit stützt sich auf die angegebene Literatur und Internetrecherche sowie die Fortbildungsprogramme und kurze Gespräche mit Mitarbeitern der Berliner Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz und der BAuA.

Ausgangslage

"**Gesundheitsförderung** bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Massnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen." (Laaser, Hurrelmann 1998, S. 395).

Gesundheitsförderung will im Sinne der Ottawa Charter und der Jakarta Declaration erreichen, dass alle Menschen - und nicht nur Risikogruppen - selbstbestimmt ihre Gesundheitspotentiale kennenlernen und stärken können. Dazu müssen sie ihre Bedürfnisse kennen und diese befriedigen können (WHO 1986 und 1997; Laaser, Hurrelmann 1998; Priester 1998).

Gesundheitsförderung soll in allen Lebensbereichen durch Schulung, Beteiligung der Zielgruppen und Betroffenen und schliesslich durch die politische Umsetzung stattfinden. Der Willen zur Gesundheitsförderung muss über den unmittelbaren Gesundheitssektor hinaus gestärkt werden.

Zu den Lebensbereichen gehören z.B. Kindergärten, Schulen, Familien, Gemeinden und die **Arbeitswelt**.

In der Arbeitswelt vollzieht sich ein **Wandel von körperlicher hin zur psychosozialen Belastung**. Wobei körperliche Belastungen natürlich nicht verschwinden. Gründe für den Wandel sind zunehmende Automatisierung, veränderte Organisationen, aber auch Ängste um den Arbeitsplatz und vor sozialer Unsicherheit. Problematisch ist hier, dass diese Belastungen und ihre Auswirkungen deutlich schwieriger messbar sind

als ergonomische oder toxische Belastungen (Griefahn 1998; Priester 1998; Slesina et al. 1998).

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt muss sich also verstärkt auf diese Belange beziehen. Psycho-soziale Aspekte und die Integration der Beschäftigten brauchen andere Instrumente als der eher technisch geprägte Arbeitsschutz. Getragen werden muss dieses vor allem von der Unternehmensleitung. Ohne ihre Zustimmung ist eine langfristige und nur dann wirksame Implementierung von Gesundheitsförderung in einem Betrieb nicht möglich.

Vorteile für die Ziele eines Unternehmens können dabei sein: Rückgang des Krankenstandes, gutes Betriebsklima, Erhöhung der Arbeitsleistung und somit insgesamt eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Gewinne. Schliesslich ist auch das mit einer Gesundheitsförderung verbunden positive Image der Mitarbeiterorientierung nicht zu vernachlässigen (vgl. Laaser, Hurrelmann 1998).

Gesetzliche Gegebenheiten

Arbeitsschutz ist "ein umfassendes Konzept zum Schutz der Beschäftigten (und unbeteiligter Dritter) vor gesundheitsgefährdenden Belastungen am Arbeitsplatz, die aus der Tätigkeit an sich und aus biologischen, chemischen und physikalischen Einwirkungen resultieren." (Griefahn 1998, S. 444).

Nur aus dem Begriff *aus der Tätigkeit an sich* könnte man auch psycho-soziale Belastungen herleiten. Man erkennt an dieser Formulierung über den Arbeitsschutz, dass das eher technische Bild noch sehr stark ist.

Griefahn (1998, S. 445) beschreibt **medizinischen Arbeitsschutz** als die "Anpassung des Menschen an die Arbeit" durch "Ausbildung und Training, ... Auswahl ... und Vorsorgeuntersuchung". Diese technokratisch und naturwissenschaftlich geprägte Sichtweise und die Ausbildung der Betriebsmediziner, auf die weiter unten noch eingegangen wird, stehen einer ganzheitlich geprägten, sozialwissenschaftliche Aspekte einbeziehenden Gesundheitsförderung eher entgegen.

Dagegen sind im **Arbeitssicherheitsgesetz** (ArbSichG) von 1973 (Beck 1997) nicht nur diese Aspekte als Aufgaben der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit beschrieben, sondern sie sind verpflichtet den Arbeitgeber in Fragen des *Gesundheitsschutzes* und der Arbeitssicherheit zu unterstützen. Dabei soll sich ihre Tätigkeit nicht allein auf Vorsorge- und Screeninguntersuchungen erstrecken, sondern sie sollen Arbeitgeber *und* Arbeitnehmer *beraten*, wobei sie alle Aspekte der Arbeitsabläufe von ihrer Planung über die Implementierung bis zur routinemässigen Durchführung berücksichtigen sollen (vgl. Bertelsmann Stiftung 1999).

Während das ArbSichG sich vor allem auf die Pflicht des Unternehmers zur Bestellung der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und deren Aufgaben bezieht, steckt das **Arbeitsschutzgesetz** (ArbSchG) von 1996 einen deutlich weiteren Rahmen (Beck 1997). Es beschreibt nicht nur umfassend die Pflichten des Unternehmers, zu denen auch eine regelmässige Dokumentationspflicht über das Ergebnis von Gefährdungsbeurteilungen und der ergriffenen Massnahmen und deren Ergebnis gehört (§6), sondern auch Pflichten und Rechte der Beschäftigten, die die Kooperation mit Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit (§16) und Vorschlags- und Beschwerderecht einräumt (§17). Das ArbSchG hat zum Ziel, die Arbeitssicherheit und den Ge-

sundheitsschutz zu verbessern und zu sichern (§1). Das Gesetz beschreibt unter den zu ergreifenden Massnahmen auch die der menschenwürdigen Gestaltung der Arbeit (§2).

1989 wurde den Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsreformgesetz mit der Einführung des **§ 20 SGB V** die Möglichkeit gegeben sich aktiv an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligen. Besonders die Betriebskrankenkassen (BKK) und die AOK haben diese Möglichkeit genutzt und vor allem die Einführung von Gesundheitszirkeln vorangebracht (Priester 1998; Laaser, Hurrelmann 1998; Slesina et al. 1998; Sochert 1998). Schon in dieser Gesetzesfassung wurden Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften (BG) verpflichtet.

1996 kam es dann für die Krankenkassen im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes zu einem deutlichen Einschnitt mit der Neufassung des § 20 SGB V. Allerdings blieb die Aufforderung zur Zusammenarbeit mit den BG erhalten. Ausserdem waren die Fortschritte einiger BKK und AOK schon so fest verankert, das eine völlige Zerstörung dieser Strukturen nicht mehr möglich war. Die Aufmerksamkeit und das Bedürfnis in den Betrieben ist geweckt (vgl. Priester 1998).

Instrumente der Gesundheitsförderung

Zu den schon im Verlauf der siebziger und achtziger Jahre entwickelten Instrumenten der Gesundheitsförderung gehören der betriebliche Gesundheitsbericht, betriebliche Gesundheitszirkel und der Arbeitskreis Gesundheit (vgl. Bertelsmann Stiftung 1998; Johannes 1996; Priester 1998; Slesina et al. 1998; Schröer, Sochert 1997).

Der **betriebliche Gesundheitsbericht** sollte über Arbeitsbelastungen, gesundheitliche Lage der Beschäftigten, den Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Interpretation dieser Aspekte und Vorschläge zum weiteren Vorgehen enthalten (vgl. Bertelsmann Stiftung 1998; Priester 1998; Slesina et al. 1998).

Die Informationsgewinnung kann sich zusammen setzen aus

- Belegschaftsbefragungen
- Experteninterviews
- Datenbestände von Betriebskrankenkassen, der AU-Statistik der Personalabteilung, des Betriebsarztes
- Arbeitsanalysen und Begehungen
- Gesundheitszirkeln

Für die Evaluation ergriffener Massnahmen müssen darüber hinaus Kriterien und Indikatoren bestimmt, bzw. entwickelt werden (vgl. dazu Laaser, Hurrelmann 1998; Sochert 1998).

Betriebliche Gesundheitszirkel haben mit anderen Problemlösegruppen wie Qualitätszirkeln und Sicherheitszirkeln gemeinsam, dass Betroffene, also Beschäftigte, zusammen mit fachlichen Experten, z.B. Moderatoren, Probleme und Lösungsmassnahmen dort identifizieren und erarbeiten, wo sie entstehen (vgl. Johannes 1996). Die Idee dabei ist, dass Beschäftigte für ihre Belange Experten sind, und dass dies insbesondere für psychosoziale Belastungen und Unzulänglichkeiten in der Arbeitsorganisation gilt. Z.B. schreibt Priester (1998) Mängeln in der Arbeitsorganisation eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von gesundheitlichen Belastungen im psychosozialen und psychosomatischen Bereich zu. Slesina et al. (1998) sehen daher eine grosse Chance für die betriebliche Gesundheitsförderung unter anderem in der Organisationsentwicklung.

Hieran wird deutlich, dass Gesundheitsförderung im betrieblichen Geschehen insgesamt - und dies gilt auch für Gesundheitsförderung in anderen Zusammenhängen - eingebunden sein muss. Zahlreiche gesundheitsfördernde Massnahmen betreffen nicht die klassischen Felder der Verhaltensprävention, wie z.B. Rückenschulen, sondern die der Verhältnisprävention. Im betrieblichen Umfeld ist es z.B. die Führungsstruktur und -kultur.

Gesundheitszirkel setzen sich aus acht bis zwölf Beschäftigten und einem Moderator zusammen. Beteiligt werden sollten auch Mitarbeitervertreter (Betriebs- oder Personalrat), Fachexperten des Arbeitsschutzes (Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit), Vorgesetzte. Ob dies obligat oder fakultativ per Einladung geschieht, ist von Zirkel zu Zirkel, bzw. Betrieb zu Betrieb zu entscheiden. Je nach Priorität und Schule setzen sich die Beschäftigten aus einer Abteilung und / oder Hierarchiestufe oder hierarchie- und / oder abteilungsübergreifend zusammen (vgl. dazu Slesina et al. 1998 zum "Düsseldorfer Modell", Friczewski 1996 zum "Berliner Modell" und Johannes 1997 als Überblick).

Die Arbeit im Gesundheitszirkel ist problemorientiert und zeitlich begrenzt. Sie zielt auf die Identifizierung von Belastungen und die Erarbeitung von Lösungsmassnahmen. Je nach vorheriger Vereinbarung mit der Unternehmensleitung über die Befugnisse eines Gesundheitszirkels gehören auch die Umsetzung und Evaluation von Massnahmen dazu. Über grössere Veränderungen entscheidet die Unternehmensleitung. Die Ergebnisse müssen sowohl der Unternehmensleitung als auch den Beschäftigten berichtet werden.

Der Moderator ist für die Struktur, Themenbezogenheit und das zielorientierte Arbeiten verantwortlich. Als *neutraler* Gesprächsleiter beherrscht er nicht nur die einschlägigen Techniken der Moderation, sondern ist auch in der Lage, Konflikte zu erkennen und zu bewältigen (vgl. dazu Böhm et al. 1998; BAuA1996; Kaltenbach 1993; Mall 1995; Priester 1998; Schröer et al. 1997; Slesina et al. 1998; Sochert 1998)

Der **Arbeitskreis Gesundheit** hat sich als Projektsteuerungsgruppe im Rahmen umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung als sinnvoll erwiesen. Er soll die Aktivitäten der verschiedenen Gesundheitszirkel, der Umsetzungsmassnahmen, der Evaluation, der Berichterstattung, und der inner- und gegebenenfalls ausserbetrieblichen Öffentlichkeitsarbeit koordinieren und die Verbindung zur Unternehmensleitung aufrechterhalten. Insgesamt soll er also für eine dauerhafte Einbindung der Gesundheitsförderung in das betriebliche Geschehen sorgen (vgl. dazu Priester 1998; Schröer, Sochert 1997; Slesina et al. 1998; Sochert 1998).

Der Arbeitskreis setzt sich zusammen aus Vertretern der Unternehmensleitung, Vertretern der Beschäftigten (Betriebs- oder Personalrat), fachlichen Vertretern des Arbeitsschutzes (Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit) und Vertretern der Personalabteilung. Ausserdem sollten Externe, die bei der Gesundheitsförderung mitwirken, mit einbezogen werden. Dies können z.B. Vertreter von Krankenkassen oder anderen Einrichtungen sein, die externe Moderatoren zur Verfügung stellen oder bei der Erstellung des betrieblichen Gesundheitsberichtes mitwirken.

Der **Einsatz der Instrumente** lässt sich je nach Autor eher in Projektphasen (z.B. Schröer, Sochert 1997) oder eher als Regelkreis der betrieblichen Gesundheitsförderung angelehnt an den Public Health Action Cycle der National Academy of Science beschreiben (vgl. Bertelsmann Stiftung 1999). Zu den wesentlichen Merkmalen gehören die Informationsgewinnung und -interpretation, die aktive Beteiligung der Beschäftigten

und die Umsetzung und Evaluation der erarbeiteten und beschlossenen Massnahmen (Slesina et al 1998; Priester 1998; Bertelsmann Stiftung 1998; Schröer, Sochert 1997).

Zunutzen machen können sich alle Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung, dass der Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung letztlich das gleiche Ziel haben: sie wollen Gesundheitsstörungen verhüten (Slesina et al. 1998). Der Arbeitsschutz hat zwar eher primär- und sekundärpräventiven Charakter mit der Zielgruppe "Risikogruppen" und die Gesundheitsförderung einen primordialpräventiven Charakter mit der Zielgruppe "alle Beschäftigten" (vgl. Laaser, Hurrelmann 1998; Priester 1998). Jedoch sind oft dieselben Akteure in beiden Gebieten vertreten, so dass sich hier Ressourcen sinnvoll bündeln lassen. Zu diesen Akteuren gehört auch der Betriebsarzt.

Voraussetzungen und Qualifikationen von Gesundheitsförderern

Ein professioneller Gesundheitsförderer muss nach Schröer und Sochert (1997) "Wissenschaftler, Aktivist, Koordinator und Berater" sein. Im Prinzip gelten diese Anforderungen auch für einen Moderator, der darüber hinaus die Techniken der Moderation und der Konfliktbewältigung beherrschen muss.

Wissenschaftliche Kenntnisse insbesondere auf dem Gebiet der Epidemiologie und Evaluation sind für die Erstellung und Interpretation des Gesundheitsberichtes unerlässlich.

Die Information und Motivation der Beschäftigten und der Unternehmensleitung sowie die dauerhafte Implementierung der Gesundheitsförderung verlangt wiederholte und integrative Aktionen.

Die Durchführung von Gesundheitszirkeln, die Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheit, die Umsetzung von Veränderungen und die Durchführung der Informationsgewinnung und der Evaluation können nur von mehreren, manchmal zahlreichen Beteiligten kooperativ geleistet werden. Ihre Arbeit muss, will man Reibungsverluste und Missverständnisse klein halten, gut koordiniert werden.

Der Kontakt zu Beschäftigten aus allen Bereichen des Betriebes bis hin zur Unternehmensleitung wirft wiederholt Fragen und Entscheidungsprozesse auf, in denen der Gesundheitsförderer als Berater gefragt ist.

Dies leitet zu weiteren Bedingungen über, die ein Gesundheitsförderer erfüllen muss. Er braucht eine hohe soziale Kompetenz, die sich z.B. in aktivem Zuhören, dem klugen Umgang mit Konflikten und vielem mehr zeigt. Und er muss neutral sein. Dies ist unbedingt nötig, damit er das Vertrauen aller Beteiligten gewinnt, und niemand befürchtet, dass irgendeine Gruppe innerhalb des Betriebes ihn für ihre Belange und Interessen einsetzen und ausnutzen will.

Schliesslich muss er mit den formellen und informellen Abläufen im Betrieb und den Arbeitsbedingungen und -abläufen vertraut sein.

Wissenschaftliche Qualifikationen und Kenntnisse kann ein Gesundheitsförderer im Rahmen verschiedener Studiengänge erwerben. Zu diesen zählen z.B. Soziologie, Politologie, Psychologie und Public Health. Es ist auch innerhalb eines Medizinstudiums und der sich anschliessenden Fort- und Weiterbildung denkbar, wenn er das Studium und seine weitere Ausbildung danach ausrichtet.

Die übrigen Voraussetzungen, insbesondere die soziale Kompetenz lassen sich schulen, vertiefen und trainieren. Sie sind meines Erachtens aber nicht an ein bestimmtes Studi-

um gebunden, sondern ein Gesundheitsförderer muss sie eher im Verlauf der Berufstätigkeit praktisch erwerben und durch entsprechende Fortbildung, z.B. in der Moderation oder im Projektmanagement vertiefen.

Ausbildung von Betriebsärzten

In den Ausführungen Rosenbrocks und Lenhardts (Bertelsmann Stiftung 1999) und - indirekt - den Kommentaren der Teilnehmer auf der Tagung "Betriebsarzt als Moderator von Zirkeln und Problemlösegruppen" (BAuA1996) wird deutlich, dass sowohl die universitäre Ausbildung als auch die Weiterbildung sehr stark klinisch-einzelfallorientiert ist.

Auch die beschreibenden einleitenden Sätze in der Weiterbildungsordnung für die **Arbeitsmedizin** der Berliner Ärztekammer (1995) zeigen ein solches Bild:

Definition: Die Arbeitsmedizin umfasst die Wechselbeziehung zwischen Arbeit, Beruf und Gesundheit. Dazu gehören insbesondere die Verhütung von Unfällen sowie die Vorbeugung und Erkennung von Erkrankungen, die durch das Arbeitsgeschehen verursacht werden können und die Mitwirkung bei der Einleitung der sich aus solchen Unfällen und Erkrankungen ergebenden medizinischen Rehabilitation sowie bei der Durchführung berufsfördernder Rehabilitation.

Ein ähnliches Bild ergibt sich in der Einleitung für die **Betriebsmedizin** (Berliner Ärztekammer 1995):

Definition: die Betriebsmedizin umfasst die Vorbeugung und Erkennung von durch das Arbeitsgeschehen verursachten Erkrankungen sowie Massnahmen zur Unfallverhütung.

Entsprechend ist auch der geforderte **Inhalt der Weiterbildung** stark an der einzelfallorientierten und sekundärpräventiven Medizin ausgerichtet, wie sie für das heutige Gesundheitswesen typisch ist (vgl. dazu Ärztekammer Berlin 1995).

So sind für die Gebietsbezeichnung **Arbeitsmedizin** innerhalb einer Gesamtweiterbildungszeit von vier Jahren zwei Jahre in Innerer Medizin vorgesehen und einundeinviertel Jahr praktische Tätigkeit in der Arbeitsmedizin. Hinzu kommt ein dreimonatiger theoretischer Kursus über Arbeitsmedizin. In Berlin wird er als *Arbeitsmedizinischer Grundlagenkurs* in drei Blöcken angeboten. Die verlangten, in der Weiterbildung zu erwerbenden Kenntnisse werden in "eingehende Kenntnisse" und "Kenntnisse" unterteilt.

Unter "eingehende Kenntnisse" werden sechzehn Punkte beschrieben, wovon meines Erachtens im engeren Sinn nur sechs Punkte der Arbeitswelt, insbesondere auch den psychosozialen Aspekten zugeordnet werden können. Die übrigen sind klinisch-diagnostisch orientiert oder beziehen sich auf allgemeine Fähigkeiten der ärztlichen Berufsausübung, wie z. B. die Begutachtung oder die Qualitätssicherung.

Die sechs Punkte der "Kenntnisse" decken Gebiete ab, die auch unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung von Bedeutung sein können. Hier sind Punkte wie Epidemiologie und Arbeits- und Betriebssoziologie zu finden. Man bedenke aber, dass diese "Kenntnisse" einen geringeren Stellenwert in der Weiterbildungsordnung haben als die eingehenden Kenntnisse.

Eine weitergehende Qualifikation als "Fachkunde" ist im Bereich "Laboruntersuchungen in der Arbeitsmedizin" erwerbbar.

Betriebsmedizin ist eine Zusatzbezeichnung, die zusätzlich zur Berufsbezeichnung Arzt oder zu einem Gebiet (Facharzt) "an der Stätte seiner betriebsärztlichen Tätigkeit" geführt werden darf (Ärztekammer Berlin 1995). Wie schon aus dem Wort Zusatzbezeichnung anklingt, ist der Umfang der Weiterbildung kleiner als der für eine Gebietsbezeichnung. Hier sind insgesamt drei Jahre zu verzeichnen, die sich in zwei Jahre klinische Tätigkeit, neun Monate Weiterbildung in der Arbeitsmedizin und den dreimonatigen theoretischen Kursus über Arbeitsmedizin gliedern.

Es werden "besondere Kenntnisse" verlangt, die nur im ersten von sieben Punkten als einen Teilaspekt "Arbeits- und Betriebspsychologie und -soziologie" enthalten. Unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung ist auch hier die Epidemiologie, Statistik und Dokumentation bemerkenswert. Die übrigen Punkte sind jedoch klinisch-diagnostisch, bzw. vorschriftenorientiert oder beziehen sich auf die Begutachtung.

Auffällig ist, dass in den Weiterbildungsordnungen keine Kenntnisse verlangt werden, die auch der im ArbSichG verlangten Beratungstätigkeit in den unterschiedlichsten gesundheitsbezogenen Belangen des Betriebes (§3(1)) gerecht werden. Dies wäre z.B. in Form von Kommunikationstrainings denkbar.

Tätigkeitsprofil und Selbstverständnis von Betriebsärzten

Aus verschiedenen Literaturstellen und - natürlich nicht repräsentativen - kurzen Gesprächen mit Mitarbeitern der Berliner Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz und der BAuA, es handelte sich in allen Fällen um Ärzte, geht hervor, dass einerseits die praktische Tätigkeit des Betriebsarztes sehr stark geprägt ist von Vorsorge- und Screeninguntersuchungen (vgl. Bertelsmann Stiftung 1999), dass andererseits Tendenzen und Bestrebungen hin zu mehr ganzheitlicher Gesundheitsförderung zu erkennen sind.

Rosenbrock und Lenhardt fassen in ihrem Gutachten (Bertelsmann Stiftung 1999) zusammen, wie sich dieses auf andere mögliche Tätigkeiten des Betriebsarzt im Sinne des Arbeitsschutzes aber auch der Gesundheitsförderung auswirkt. Der Einbezug in betriebliche Planungen geschieht spät und in noch deutlich ausweitbarem Mass. Die Mitarbeit in Gesundheitsförderung-Projekten ist liegt in einer Befragung von Krankenkassen, die diese Projekte durchführen, zur Zeit der Befragung bei 56%. Welches Potential hier noch liegt, wird an dieser Zahl deutlich. Bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz werden Betriebsarzt oft erst nach dem Vorgesetzten und dem Hausarzt von den Beschäftigten als Ansprechpartner genannt.

Inhalt der Weiterbildung und das Tätigkeitsprofil und schliesslich auch die Motivation, Betriebsarzt zu werden ("Notlösung" oder "Berufung", vgl. Bertelsmann Stiftung 1999), wirken sich schliesslich auf das Selbstverständnis aus.

Sieht sich der Betriebsarzt eher als klinisch-einzelfallorientierter Arzt, so sind die geschilderten Tätigkeitsmuster und die Zurückhaltung von Seiten der Beschäftigten leicht nachzuvollziehen. Hinzu kommt, dass ein Betriebsarzt als Akademiker eher als der Unternehmensleitung nahestehend eingeordnet wird.

Anders sieht es aus wenn das Selbstverständnis des Betriebsarzt ganzheitlich und präventiv orientiert ist, und er seine Kenntnisse beratend und kooperativ im Betrieb einbringt. Die neutrale, von der Unternehmensleitung unabhängige Beraterrolle muss ein

Betriebsarzt zunächst verinnerlichen und sie dann auch nach aussen - sprich den Beschäftigten gegenüber - kommunizieren.

Dies ist in der Theorie in sich schlüssig. Wie sieht es aber mit der realen Unabhängigkeit eines angestellten oder auch über ein Institut beauftragten Betriebsarzt aus? Die Untersuchung und Beantwortung dieser Frage braucht einen grösseren Rahmen als ihn diese Arbeit bieten kann.

Das Selbstverständnis des Betriebsarztes ist die eine Seite. Ausserdem muss ein Betriebsarzt als ganzheitlich orientierter Gesundheitsförderer, der vielleicht auch als Moderator in einem Betrieb tätig werden will, noch über bestimmte Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die im nächsten Abschnitt betrachtet werden sollen.

Gesundheitsförderung in Weiter- und Fortbildungen von Betriebsärzten

Neben den "klassischen" Kursen, Workshops und Informationsterminen bieten sowohl die Berliner Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz als auch die BAuA Fortbildungen an, die für eine eher ganzheitlich, auf Kooperation und Kommunikation ausgerichtet Gesundheitsförderung stehen.

So sind im Programm 2000 der Berliner Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz sowohl "Betriebsärztliches Gesundheitsmanagement" als auch "interdisziplinäre Qualifikationen im Arbeits- und Gesundheitsschutz" vertreten (Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin 1999).

Das Betriebsärztliche Gesundheitsmanagement umfasst sechs Module, von denen im Jahr 2000 fünf angeboten werden. Moderation, betriebswirtschaftliches Grundwissen, systemische Organisationsbetrachtung und Projektmanagement sind die wesentlichen Schlagworte, die zusammen mit der genaueren Kursbeschreibung deutlich machen, dass nicht nur auf Tagungen und in der Literatur Bedarf in dieser Richtung gesehen wird, sondern dem auch in der Fortbildung nachgekommen wird.

Auch die BAuA bietet Kurse und Workshops zu Moderation, und Präsentationstechniken und Gesundheitsförderung insgesamt an. Diese Fortbildungen sind - wie aus dem Jahresprogramm der BAuA von 1999 hervorgeht - deutlich weniger vertreten als die "klassischen" Felder wie z.B. Lärmprobleme oder Bildschirmarbeit. Es ist jedoch zu bedenken, dass der Betriebsarzt, um gesundheitsförderliche Strategien zu entwickeln *und* seinen Aufgaben als primär- und tertiär-präventiv tätigem Arzt nachzukommen, diese Fachkenntnisse ebenfalls braucht.

Für die Zukunft ist es meines Erachtens erstrebenswert, auch hier die in den oben beschriebenen Fortbildungen abgedeckten Themen in die Arbeitsmedizinischen Kurse zu integrieren. Hier ist allerdings Balance anzustreben zwischen dem Erwerb *arbeitsmedizinischer* Kenntnisse und dem Erwerb kommunikativer und integrativer Kompetenzen sowie der Orientierung hin zu multidisziplinärem Arbeiten in der Gesundheitsförderung.

Resümé

Mit etwas Optimismus lässt sich meines Erachtens sagen, dass das "alte" eher technokratisch geprägte Bild des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Betriebsmedizin zunehmend ergänzt und vielleicht sogar einmal abgelöst wird vom ganzheitlichen, multidisziplinären Bild der Gesundheitsförderung.

Um diese ersten Tendenzen zu stärken, muss sich zum einen das Selbstbildnis der Betriebsärzte weiter wandeln vom klinisch-einzelfallorientierten Vorgehen hin zur Beratung der Unternehmensleitung *und* der Beschäftigten und zur aktiven Beteiligung an der Gesundheitsförderung.

Wollen Betriebsärzte wirklich eine so zentrale Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung einnehmen, wie sie zum Teil in der Literatur angesprochen wird (vgl. z.B. BAuA1996), dann müssen Betriebsärzte vor allem die Beschäftigten von ihrer Neutralität und Unabhängigkeit und Integrität überzeugen.

Des Weiteren muss die Aus- und Weiterbildung auf diese zukünftige Rolle ausgerichtet werden. Neben den unerlässlichen Kenntnissen in der *Arbeitsmedizin* sollten Betriebsärzte frühzeitig Fertigkeiten in der Kommunikation und der Kooperation erwerben. Das Denken in grösseren Zusammenhängen, als nur auf einen Patienten ausgerichtet, sollte eigentlich schon im Medizinstudium zum Thema gemacht werden.

Insgesamt hat ein Betriebsarzt in meinen Augen einen entscheidenden Vorteil, wenn er Gesundheitsförderer sein will. Wenn er seine Arbeit danach ausrichtet, ist er einer der Menschen in einem Betrieb, die selbstverständlich überall "auftauchen" können und sich in fast alle Belange und Abläufe unter dem Aspekt der Gesundheit einbringen können.

Quellen / Literatur

- Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin (Hg.) (1999). *Vorabdruck Programm 2000*.
- Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin (Hg.) (1999). *Spezialankündigungen der Module 2, 4 und 5 der Fortbildungsreihe Betriebsärztliches Gesundheitsmanagement*.
- Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin (Hg.) (1999). *Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang, Stoffplan I*.
- Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin (Hg.) (1999). *Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang, Stoffplan II*.
- Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Berlin (Hg.) (1999). *Lernziele für den Arbeitsmedizinischen Grundlagenlehrgang Berlin. Neuentwurf 16.09.1999*.
- Arbeitsschutzgesetze: alle wichtigen aushangspflichtigen Vorschriften; Arbeitszeit, Ladenschluss, Sonntagsarbeit, Jugendarbeitsschutz, Mutterschutz, Erziehungsurlaub, Schwerbehinderte, Beschäftigtenschutz, Arbeitssicherheit, Arbeitsstätten, Gefahrstoffe, Gleichbehandlung, Kündigungsschutz, Urlaub*. - 37., neubearb. Aufl., Stand: 10. Dezember 1996. - München: Beck 1997.
- Ärzttekammer Berlin. *Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin - In Kraft getreten am 4. August 1995*.
- Bardehle, Doris; Annuß, Rolf (1998). Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften - Neuausgabe*. Weinheim, München: Juventa.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (1999). *Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik - ein Gutachten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Böhm, Birgit; Janßen, Michael; Legewie, Heiner (1999). *Zusammenarbeit professionell gestalten - Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz*. Freiburg i. Br.: Juventa.
- Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (1996). *Tagungsbericht 9 - Betriebsarzt als Moderator von Zirkeln und Problemlösegruppen: ein Chance für den Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft.

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1999). *Informieren, Motivieren, Qualifizieren. Aus- und Fortbildung im Bereich "Sicherheit und Gesundheitsschutz" '99*. Berlin, Bremen, Dortmund, Dresden.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1999). *Pressemitteilung: "Betrieblicher Gesundheitsschutz: ein Bestandteil moderner Unternehmenskultur" (50/99 vom 17. Juni 1999)*. <http://baua.de> zitiert am 18.9.1999.
- Friczewski, Franz (1996). *Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation - Ein systemischer Ansatz*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-211.
- Griefahn, Barbara (1998). Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften - Neuausgabe*. Weinheim, München: Juventa.
- Johannes, Dagmar (1996). Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel und andere Problemlösungen - Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen Konzepte. *Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) Sonderausgabe 1996*, 4.
- Kaltenbach, Tobias (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage von Total Quality Management*. Melsungen: bibliomed.
- Laaser, Ulrich; Hurrelmann, Klaus (1998). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften - Neuausgabe*. Weinheim, München: Juventa.
- Mall, Georg (1995). Gesundheitszirkel sind Qualitätszirkel. *Sicherheitsingenieur* 26 (1995) 6: 20-3.
- Priester, Klaus (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Voraussetzungen - Konzepte - Erfahrungen*. Frankfurt: Mabuse.
- Schröer, Alfons; Sochert, Reinhold; Krämer, Kathrin (1997). Der Moderator im Gesundheitszirkel: Aufgaben, Anforderungen und Qualifikationen. *Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) Sonderausgabe 1997*, 1.
- Slesina, Wolfgang; Beuels, Franz-R.; Sochert, Reinhold (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*. Weinheim, München: Juventa.
- Sochert, Reinhold (1998). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel - Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag neue Wissenschaften.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
<http://www.who.int/hpr/documents/ottawa.html>, cited on May 26th, 1999.
- WHO (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century*.
<http://www.who.int/hpr/documents/jakarta/english.html>, cited on May 26th, 1999.