

# Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort der Bundesministerin für Arbeit und Soziales . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>Vorwort der Herausgeber . . . . .</b>	<b>15</b>
<b>1 Allgemeines . . . . .</b>	<b>17</b>
1.1 Historische Entwicklung. . . . .	17
S. LETZEL	
1.1.1 Allgemeine Entwicklung . . . . .	17
1.1.2 Arbeitsmedizinische Prävention . . . . .	20
1.1.3 Ausblick . . . . .	22
1.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement: Bedeutung von Primär-/ Sekundär/-Tertiärprävention . . . . .	23
A. TAUTZ	
1.2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement. . . . .	23
1.2.2 Bedeutung des Präventionssetting „Betrieb“ . . . . .	25
Dies aus drei Gründen: . . . . .	27
1.2.3 Gesundheit . . . . .	27
1.2.4 Prävention als Kernbestandteil des BGM . . . . .	28
1.3 Überlegungen zur Evidenzbasierung der arbeitsmedizinischen Prävention . . . . .	34
A. SEIDLER und U. EULER	
1.3.1 Einleitung . . . . .	34
1.3.2 1. Themenfeld: Evidenzbasierte Arbeitsplatz-Grenzwerte (Primärprävention) . . . . .	35
1.3.3 2. Themenfeld: Evidenzbasierte arbeitsmedizinische Vorsorge (Sekundärprävention) . . . . .	36
1.3.4 3. Themenfeld: Evidenzbasierte Diagnose von Berufskrankheiten (Tertiärprävention) . . . . .	36
1.3.5 Ausblick . . . . .	37
1.4 Abgrenzung Public Health – Arbeitsmedizin . . . . .	40
P. ANGERER	
1.4.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede . . . . .	40
1.4.2 Beispiele . . . . .	43
1.4.3 Zusammenfassung . . . . .	48
<b>2 Rechtliche Rahmenbedingung . . . . .</b>	<b>50</b>
2.1 Schnittstelle kurative Medizin und Arbeitsmedizin . . . . .	50
M.A. RIEGER	
2.1.1 Gesetzliche Basis der kurativen Medizin bzw. betriebsärztlichen Leistungen. . . . .	50

2.1.2	Innovative Schnittstellengestaltung – Ausgestaltung der Kooperation . . . . .	53
2.2	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) . . . . .	58
	S. LETZEL	
2.2.1	Definition und Abgrenzung . . . . .	58
2.2.2	Historische Entwicklung . . . . .	59
2.2.3	ArbMedVV . . . . .	60
2.2.4	Ärztliche Schweigepflicht und ArbMedVV . . . . .	62
2.2.5	Ausblick . . . . .	62
2.3	Das neue Präventionsgesetz. . . . .	63
	O. LIEBIG	
2.3.1	Politische Vorgaben . . . . .	63
2.3.2	Ziele und Grundzüge des Präventionsgesetzes . . . . .	65
2.3.3	Kooperation und Koordination . . . . .	68
2.3.4	Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung. . . . .	70
2.3.5	Die Kompetenz der Betriebsärzte . . . . .	71
2.3.6	Ausblick . . . . .	73
2.4	Prävention in der Arbeitsmedizin: Einstellungsuntersuchung, Eignungsuntersuchung, arbeitsmedizinische Vorsorge – was, wann und wofür? . . . . .	73
	H. DREXLER, T. KRAUS, S. LETZEL und T. NESSELER	
2.4.1	Arbeitsmedizinische Vorsorge: Definition und rechtliche Grundlagen . . . . .	75
2.4.2	Eignungsuntersuchungen: Definition und rechtliche Grundlagen . . . . .	77
2.4.3	Einstellungsuntersuchungen: Definition und rechtliche Grundlagen . . . . .	79
2.4.4	Gibt es eine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Eignungsuntersuchungen? . . . . .	80
2.4.5	Beispiele für Studien, die Eignungsfragen wissenschaftlich bearbeitet haben . . . . .	81
<b>3</b>	<b>Gesundheitsförderung . . . . .</b>	<b>85</b>
3.1	Gesundheitsförderung – Geschichte eines neuen Konzepts . . . . .	85
	B. RUCKSTUHL	
3.1.1	Die Dominanz der Biomedizin . . . . .	85
3.1.2	Kritik und Aufbruch in den 1960er und 1970er Jahren . . . . .	86
3.1.3	Neues wird ausprobiert. . . . .	87
3.1.4	Die WHO als zentraler Akteur für den Wandel in Public Health . . . . .	88
3.1.5	Von der Gesundheitserziehung zu einem gesundheitspolitischen Konzept. . . . .	90

3.1.6	Die Ottawa-Charta . . . . .	91
3.1.7	Fazit und Ausblick . . . . .	92
3.2	Dreißig Jahre nach Ottawa – Wo steht Deutschland heute? . . . . .	94
	J. E. FISCHER	
3.2.1	Übersicht . . . . .	94
3.2.2	Realitäts-Check Präventionsgesetz . . . . .	95
3.2.3	Ottawa-Charta und Arbeitsmedizin . . . . .	96
3.2.4	Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin . . . . .	99
3.2.5	Die Ottawa-Charta und die 14 Thesen der DGAUM zu Arbeitsmedizin 4.0 . . . . .	100
3.2.6	Die Ottawa-Charta und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit . . . . .	101
3.2.7	Herausforderungen und Chancen im Unternehmen und für die Arbeitsmedizin . . . . .	104
3.2.8	Forschungsbedarf und Weiterbildung in Arbeitsmedizin . . . . .	105
3.3	Gesundheitsverständnisse . . . . .	108
	A. THIEL u. J. MAYER	
3.3.1	Einleitung . . . . .	108
3.3.2	Paradigmen . . . . .	109
3.3.3	Gesundheitsdefinitionen . . . . .	112
3.3.4	Subjektive Gesundheitsvorstellungen . . . . .	118
3.3.5	Schluss. . . . .	120
3.4	Motivierende Gesprächsführung – gesundheitsförderlich beraten . . . . .	122
	K. FRICK	
3.4.1	Entwicklung des Motivational Interviewing (MI) . . . . .	123
3.4.2	Evidenz für die Wirksamkeit in der ambulanten Versorgung . . . . .	127
3.4.3	Wie geht's und wie kann die Motivierende Gesprächsführung erlernt werden? . . . . .	128
3.4.4	Erfahrung mit der Anwendung im betrieblichen Setting . . . . .	131
	M. A. RIEGER und C. FARIAN	
3.5	Kardiovaskuläre Prävention: ein zweifacher Paradigmenwechsel . . . . .	137
	N. DONNER-BANZHOFF u. A. ALTINER	
3.5.1	Kardiovaskuläres Gesamtrisiko . . . . .	138
3.5.2	Gemeinsame Entscheidungsfindung. . . . .	139
3.5.3	Die Entscheidungshilfe arriba <sup>®</sup> . . . . .	140
<b>4</b>	<b>Primärprävention . . . . .</b>	<b>148</b>
4.1	Theorie der Krankheitsprävention. . . . .	148
	I. KRYSPIN-EXNER und N. PINTZINGER	
4.1.1	Einleitung . . . . .	148
4.1.2	Wissen und dessen Umsetzung in Verhalten . . . . .	148

4.1.3	Modelle zur Krankheitsprävention und Gesundheitsverhaltensmodelle . . . . .	151
4.1.4	Krankheitsprävention bzw. Gesundheitsförderung im Internet. . . . .	154
4.1.5	Zusammenfassung . . . . .	155
4.2	Strategien der Primärprävention . . . . .	157
	B. SCHMIDT und K. HURRELMANN	
4.2.1	Primäre Prävention: Begriff und Bedeutung . . . . .	157
4.2.2	Ziele und Methoden der primären Prävention . . . . .	158
4.2.3	Primäre Prävention und gesundheitliche Ungleichheit . . . . .	163
4.2.4	Optimierungsreserven der primären Prävention . . . . .	164
4.2.5	Rolle des Betriebsarztes . . . . .	165
4.3	Rechtsgrundlagen arbeitsmedizinischer Primärprävention (ArbSchG und ASiG). . . . .	167
	P. ALIGBE	
4.3.1	Berücksichtigung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse . . . . .	167
4.3.2	Unterweisung der Beschäftigten . . . . .	168
4.3.3	Bestellung Betriebsarzt. . . . .	171
4.4	Gefährdungsbeurteilung als Schlüssel der arbeitsmedizinischen Primärprävention . . . . .	177
	C. OBERLINNER und S. WEBENDÖRFER	
4.4.1	Hintergrund . . . . .	177
4.4.2	Prozess der Gefährdungsbeurteilung . . . . .	177
4.4.3	Gefährdungsbeurteilung am Beispiel psychischer Belastungen . . . . .	180
4.4.4	Welche Rolle hat der Betriebsarzt bei der Gefährdungsbeurteilung? . . . . .	181
4.4.5	Informationsmaterialien . . . . .	181
4.5	Erfolgsgeschichten der arbeitsmedizinischen Primärprävention . . . . .	183
	M. NASTERLACK	
4.5.1	Ergonomie. . . . .	183
4.5.2	Asbest . . . . .	184
4.5.3	Allergien . . . . .	185
4.5.4	Primärprävention durch nicht gegangene Wege . . . . .	187
4.5.5	Betriebliche Gesundheitsförderung – ein weiterer Schritt in der Prävention. . . . .	188
4.5.6	Wann wird betriebliche Primärprävention zum Erfolg? . . . . .	189
<b>5</b>	<b>Sekundärprävention . . . . .</b>	<b>192</b>
5.1	Evidenz und Nutzen von Screening . . . . .	192
	I. MÜHLHAUSER	
5.1.1	Nutzen und Schaden . . . . .	192
5.1.2	Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren . . . . .	194

5.1.3	Screening auf Krebs im betrieblichen Setting . . . . .	196
5.1.4	Hautkrebsscreening . . . . .	197
5.1.5	Die informierte Entscheidung. . . . .	197
5.2	Sekundärprävention als Baustein im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) . . . . .	201
	S. WEBENDÖRFER und C. OBERLINER	
5.2.1	Hintergrund . . . . .	201
5.2.2	„Setting Arbeitsplatz“ für die Sekundärprävention . . . . .	202
5.2.3	Möglichkeiten der Sekundärprävention am Beispiel eines Unternehmens der Chemischen Industrie . . . . .	203
5.2.4	Diabetes-Screening im Rahmen der Gesundheitschecks . . . . .	204
5.2.5	Darmkrebs-Screening . . . . .	204
5.2.6	Was ist die Rolle der Arbeitsmedizin/des Betriebsarztes? . . . . .	205
5.2.7	Präventionsgesetz . . . . .	206
5.3	Allgemeine Sekundärprävention im Setting Betrieb: Beispiel Checkup bei AUDI . . . . .	207
	M. FINELL, S. WEILER, M.-C. KESKIN und J. STORK	
5.3.1	Entwicklung des Audi-Checkup . . . . .	207
5.3.2	Teilnahme/Zugang zum Audi-Checkup. . . . .	208
5.3.3	Inhalte und Ablauf . . . . .	208
5.3.4	Ärztliche Beratung im Rahmen des Audi-Checkup . . . . .	211
5.3.5	Epidemiologische Auswertungen der Audi-Checkup-Ergebnisse. . . . .	212
5.3.6	Ausblick . . . . .	217
5.4	Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten. . . . .	219
	E. ROTHERMUND und H. GÜNDEL	
5.4.1	Einleitung . . . . .	219
5.4.2	Was bedeutet „früh“ an der Schnittstelle von arbeitsmedizinischer Versorgung und seelischer Gesundheit . . . . .	220
5.4.3	Zielgruppe – Eingrenzung, Erreichbarkeit und Barrieren . . . . .	222
5.4.4	Integrative Versorgungsleistungen zwischen Unternehmen und bestehendem Gesundheitssystem . . . . .	223
5.4.5	Spezielle Anforderungen an der Schnittstelle . . . . .	224
5.4.6	Bewertung des Nutzens integrierter Modelle in der Früherkennung und -intervention . . . . .	226
5.4.7	Ausblick . . . . .	227
5.5	Biomonitoring – ein Instrument der Sekundärprävention . . . . .	233
	H. DREXLER	
5.5.1	Biomonitoring als fachspezifisches Instrument der Arbeitsmedizin . . . . .	233
5.5.2	Paradigmenwechsel beim Biomonitoring im 21. Jahrhundert . . . . .	234

5.5.3	Gesellschaftspolitische Betrachtung des Biomonitoring . . . . .	236
5.5.4	Biologisches Monitoring als Maßnahme des individuellen Arbeitsschutzes . . . . .	237
5.5.5	Befundbesprechung . . . . .	237
5.5.6	Kommunikation der Biomonitoringbefunde . . . . .	238
5.5.7	Zusammenfassung . . . . .	239
5.6	Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Hautbelastung und Hautarztverfahren – aufeinander abgestimmte Konzepte der Sekundär- und Tertiärprävention . . . . .	239
	H. DREXLER	
5.6.1	Das Hautarztverfahren . . . . .	240
5.6.2	Defizite im Hautarztverfahren . . . . .	242
5.6.3	Zusammenfassung . . . . .	245
5.7	Arztverfahren Lunge . . . . .	246
	A. HEUTELBECK	
5.7.1	Hintergrund . . . . .	246
5.7.2	Erfahrungen aus dem Hautarztverfahren . . . . .	248
5.7.3	Fazit . . . . .	254
<b>6</b>	<b>Tertiärprävention . . . . .</b>	<b>257</b>
6.1	Rehabilitation: Was ist das? . . . . .	257
	E. HALLIER	
6.1.1	Aus der Rehabilitation in den Job: Daten, Bedarfe, Wünsche . . . . .	258
6.1.2	Fazit . . . . .	260
6.2	Höchste Zeit für Gesundheit – Betriebliche Gesundheitsförderung und Rehabilitation aus Sicht von Arbeitnehmern . . . . .	263
	M. LERSMACHER	
6.2.1	Betriebliche Gesundheitsförderung – ein Teil des ganzheitlichen Gesundheitsschutzes. . . . .	263
6.2.2	Veränderte Arbeitsorganisationen in der Arbeitswelt . . . . .	266
6.2.3	Gefährdungsbeurteilung als präventive Maßnahme . . . . .	268
6.2.4	Betriebliche Rehabilitationen neu ausrichten . . . . .	269
6.2.5	Beteiligung statt „Weisheiten“ . . . . .	270
6.3	Bedeutung und Entwicklung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Arbeitgeber. . . . .	272
	K. BAUER	
6.3.1	Warum haben Arbeitgeber ein Interesse an medizinischer oder beruflicher Rehabilitation? . . . . .	272
6.3.2	Verbesserungspotential bei der Rehabilitation. . . . .	275
6.3.3	Fazit . . . . .	278

6.4	Stufenweise Wiedereingliederung . . . . .	279
	B. GIRAUD und E. LENK	
6.4.1	Einleitung . . . . .	279
6.4.2	Definition und Zielsetzung . . . . .	279
6.4.3	Zielgruppe. . . . .	280
6.4.4	Grundsätze . . . . .	281
6.4.5	Verfahren . . . . .	284
6.4.6	Weitergehende Informationen. . . . .	286
6.5	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). . . . .	287
	K. KNOCHE, S. LUMMER, T. SCHUDLICH und S. ANDRÉ	
6.5.1	Definition und gesetzliche Grundlage . . . . .	287
6.5.2	Bedarfe, Daten, Strukturen . . . . .	288
6.5.3	Wer macht was? – Die Aufgaben der BEM-Akteure. . . . .	289
6.5.4	Ökonomischer Nutzen betrieblicher Eingliederungs- maßnahmen . . . . .	290
6.5.5	Betriebliche Eingliederung in der Verkehrsbranche – Ein Best-Practise-Beispiel der BAHN-BKK . . . . .	291
6.5.6	Fazit . . . . .	294
6.6	Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation . . . . .	296
	H. HELLSTERN und A. WITTLINGER	
6.6.1	Strukturen . . . . .	296
6.6.2	Entwicklung der Gemeinsamen Servicestellen im Überblick . . . . .	301
6.6.3	Die erfahrene Servicestelle – Beispiele aus Baden-Württemberg. . . . .	302
6.6.4	Zusammenfassung . . . . .	304
6.7	Rehabilitations-Management aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung . . . . .	306
	M. BEHRENS	
6.7.1	Definition und Ziele des Reha-Managements . . . . .	306
6.7.2	Handlungsleitfaden der DGUV . . . . .	307
6.7.3	Fallauswahl . . . . .	307
6.7.4	Kernelemente des Reha-Managements . . . . .	309
6.7.5	Ausblick . . . . .	311
6.8	Rehabilitations-Management bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) . . . . .	315
6.8.1	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) . . . . .	315
	H. SEITER	
6.8.2	Rehabilitations-Management bei der Deutschen Renten- versicherung (DRV). . . . .	317
	U. HARTSCHUH und M. KLOSE	

6.9	Rehabilitations-Management aus Sicht der Krankenversicherung . . . . .	319
	R. AUER	
6.9.1	Einordnung der Rehabilitation ins Versorgungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	319
6.9.2	Rehabilitations-Management bei den Krankenkassen . . . . .	321
6.9.3	Rehabilitations-Management bei der AOK Baden- Württemberg: Die Forschungsreihe AOK-proReha . . . . .	322
<b>7</b>	<b>Perspektiven . . . . .</b>	<b>325</b>
7.1	Die Zukunft gestalten: Erwartungen der Kostenträger an die Prävention und das Präventionsgesetz . . . . .	325
	M. KÜCKING	
7.2	Arbeitsmedizin 4.0: Thesen der Arbeitsmedizin zum Stand und zum Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland . . . . .	333
	Autoren für den Vorstand der DGAUM: H. DREXLER, S. LETZEL, T. NESSELER, J. STORK und A. TAUTZ	
7.2.1	Einleitung . . . . .	333
7.2.2	Forderungen an die Akteure in Gesundheits- und Sozialpolitik bzw. Forschungs- und Wissenschaftspolitik . . . . .	343
<b>8</b>	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>347</b>
8.1	Herausgeber- und Autorenverzeichnis . . . . .	347
8.2	Abkürzungsverzeichnis . . . . .	356
8.3	Stichwortverzeichnis . . . . .	361