Inhaltsverzeichnis

Geleitwort der Bundesministerin für Arbeit und Soziales 13

Vorwort der Herausgeber 15

1 Allgemeines 17
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

2 Rechtliche Rahmenbedingung 50
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

3 Gesundheitsförderung . . . 85
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☺ 140

4 Primärprävention 148
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

5 Sekundärprävention 192
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. Oberlinner
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

6 Tertiärprävention 257
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 Eingliederungsmaßnahmen 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 Rentenversicherung (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

7 Perspektiven 325

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

8 Anhang 347
8.1 Herausgeber- und Autorenverzeichnis 347
8.2 Abkürzungsverzeichnis 356
8.3 Stichwortverzeichnis 361