

## **KLEINE ANFRAGE**

**der Abgeordneten Henning Foerster und Torsten Koplín, Fraktion DIE LINKE**

**Notwendigkeit einer Landespräventionsstrategie**

**und**

## **ANTWORT**

**der Landesregierung**

### **Vorbemerkung**

Nach § 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz - ASiG) hat der Arbeitgeber nach Maßgabe dieses Gesetzes Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Diese sollen ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen. Damit soll erreicht werden, dass

1. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Vorschriften den besonderen Betriebsverhältnissen entsprechend angewandt werden,
2. gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung verwirklicht werden können,
3. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Maßnahmen einen möglichst hohen Wirkungsgrad erreichen.

Welche Maßnahmen der Arbeitgeber zur Erfüllung der sich aus dem Arbeitssicherheitsgesetz ergebenden Pflichten zu treffen hat, ergibt sich nach dessen § 14 Satz 2 aus der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV V 2)“.

1. Wie hat sich die Anzahl der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit in Mecklenburg-Vorpommern seit dem Jahr 2007 jährlich entwickelt?
  - a) Wie viele Beschäftigte wurden in den Jahren 2007 bis 2015 von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit jährlich betreut?
  - b) Wie hat sich die Anzahl der Betreuungsstunden seit 2007 jährlich entwickelt?

Von 2007 bis 2014 ist eine relativ konstante Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte mit „Arbeitsmedizinischer Fachkunde“ festzustellen.

<b>Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde in M-V</b>					
<b>Jahr</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Ärztinnen</b>	<b>Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“</b>	<b>Zusatz- Weiter- bildung „Betriebs- medizin“</b>	<b>Fachkunde § 6 Absatz 1 Nr. 1 und 2a oder § 2b DGUV V 2**</b>
2007	234	n. b.*	103	131	0
2008	234	n. b.	104	130	0
2009	233	n. b.	103	130	0
2010	229	n. b.	104	125	0
2011	227	138	105	122	0
2012	230	141	109	121	0
2013	234	142	111	123	0
2014	235	144	113	122	0

\* n. b. nicht bekannt

\*\* DGUV V2 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Vorschrift 2

Quelle:

Statistik "Arbeitsmedizinische Fachkunde" ab 2001 der Bundesärztekammer

<http://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/versorgung/arbeitsmedizin/statistik/statistik2007-2014/>

Bis 2011 war ein rückläufiger Trend zu verzeichnen mit damals insgesamt nur noch 227 entsprechend qualifizierten Ärzten. Anschließend nahm die Anzahl wieder auf 235 Ärzte zu (Stand 31.12.2014).

Bei den Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ ist seit 2007 eine Zunahme um 9,71% von 103 auf 113 zu verzeichnen. Hingegen nahm die Zahl der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ um 6,87 % von 131 auf 122 ab.

Ärzte mit sogenannter „kleiner Fachkunde“ nach der früheren Weiterbildungsordnung wurden nicht gemeldet. Seit der (Muster-) Weiterbildungsordnung von 2003 kann diese „kleine Fachkunde“ nicht mehr erworben werden und läuft mit Ausscheiden der Ärzte mit dieser Fachkunde aus der Tätigkeit als Betriebsarzt aus.

Die Zahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Gebiets- oder Zusatzbezeichnung sowie Fachkunde sagt jedoch nichts darüber aus, ob diese Ärzte noch berufstätig und insbesondere betriebsärztlich tätig sind (siehe auch „Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland“, Ch. Barth, W. Hamacher, C. Eickholt, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Projekt F 2326).

Zum einen müssen sich die nicht mehr berufstätigen Ärzte nicht zwingend bei der Ärztekammer abmelden, zum anderen werden auch Ärzte erfasst, die eine der vorgenannten Qualifikationen aufweisen, aber außerbetrieblich tätig sind, zum Beispiel in Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin, in der Verwaltung - wie zum Beispiel als Gewerbeärzte in Arbeitsschutzbehörden oder in der Bundesagentur für Arbeit, der Bundeswehr, Unfallversicherung, Renten- und Krankenversicherung oder einer betriebsärztlichen Tätigkeit nur in Teilzeit nachgehen.

Daten zur Entwicklung der Anzahl der Fachkräfte für Arbeitssicherheit werden statistisch nicht erfasst. Verwiesen wird dazu auf die Ergebnisse der Sifa-Langzeitstudie „Tätigkeiten und Wirksamkeit der Fachkräfte für Arbeitssicherheit 2012“ im Internet zu finden unter: [http://www.sifa-community.de/langzeitstudie/aktuelles/images/Sifa-Langzeitstudie\\_Endbericht.pdf](http://www.sifa-community.de/langzeitstudie/aktuelles/images/Sifa-Langzeitstudie_Endbericht.pdf). Einen Anhalt kann auch die erste Auswertung der Umsetzung des Arbeitsprogramm ORGA der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), siehe Antwort zur Frage 5.

#### **Zu a) und b)**

Zur Anzahl der von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit von 2007 bis 2015 jährlich betreuten Beschäftigten und der Betreuungsstunden seit 2007 liegen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern keine statistisch verwertbaren Daten vor.

2. Wie viele Arbeitsplätze von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sind jährlich seit dem Jahr 2007 unbesetzt gewesen und welches sind die hauptsächlichen Gründe für die Nichtbesetzung der Stellen?

Hinsichtlich der von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit unbesetzten Stellen liegen der Landesregierung keine eigenen Daten vor.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat jedoch in ihrem Abschlussbericht zum Projekt "Darstellung des gegenwärtigen arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarfs in Deutschland sowie Abgabe einer Prognose zur Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde" mit dem Titel „Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland“ unter: [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2326.html;jsessionid=B6994959FA96E2BEA1FBC83B66FCE87C.1\\_cid323](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2326.html;jsessionid=B6994959FA96E2BEA1FBC83B66FCE87C.1_cid323) Nachstehendes ausgeführt:

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass 2011 bundesweit eine arbeitsmedizinische Betreuungslücke von 4,7 Mio. Stunden pro Jahr bei mittleren Szenarien\* bestand. Bei Stagnation der Neuankennungen für arbeitsmedizinische Fachkunde (Facharzt für Arbeitsmedizin oder Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin) wird diese Betreuungslücke in 10 Jahren um 45% auf 6,8 Mio. Stunden pro Jahr weiter steigen. Um innerhalb von 10 Jahren die Betreuungslücke schließen zu können, müssten statt 200 über 600 Neuankennungen von Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen.

Die Unterbesetzung resultiert zum einen aus dem zunehmenden Bedarf an arbeitsmedizinischen Leistungen zur betriebsärztlichen Betreuung aufgrund steigender demographischer und wirtschaftlicher Anforderungen, zum anderen aus der Überalterung der Betriebsärzte und ungenügender Anzahl von arbeitsmedizinischem Nachwuchs oder Neuankennungen.

Ende 2014 waren bundesweit 12.489 Ärztinnen und Ärzte mit „Arbeitsmedizinischer Fachkunde“ gemeldet, welches einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozent entsprach.

(\*Mittleres Bedarfsszenario in Bezug auf die Arbeitsmedizinische Vorsorge-Verordnung - ArbMedVV bedeutet, dass in 90% der Untersuchungen Assistenzpersonal eingesetzt wird und in 20% der relevanten Untersuchungen zusätzlich Funktionsdiagnostik wie zum Beispiel Ergometrie, Perimetrie, Sonographie oder Endoskopie erfolgt.)

3. Inwieweit bestehen nach Auffassung der Landesregierung mit Blick auf die in den Fragen 1 und 2 erfragten Entwicklungen sowie die Umsetzung der Vorgaben des Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetzes aktuell Defizite in Mecklenburg-Vorpommern?

Unstrittig ist, dass auch in Mecklenburg-Vorpommern Betreuungsbedarf besteht und dass sich die Suche nach Betriebsärzten mit freien Kapazitäten schwierig gestaltet. Des Öfteren gehen Anfragen zur betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben beim LAGuS ein, die bereits über einen längeren Zeitraum erfolglos nach Betriebsärzten mit freien Kapazitäten gesucht haben. Dieser Trend ist auch in den anderen Bundesländern zu verzeichnen (vgl. dazu auch Frage 2). Gemäß der Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ der Bundesärztekammer ist die Anzahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde in Mecklenburg-Vorpommern mit einem zwischenzeitigen leichten Rückwärtstrend in den Jahren 2007-2011 zwar weitestgehend konstant, jedoch scheint sie nicht auszureichen, um den gesamten Betreuungsbedarf in den Betrieben in Mecklenburg-Vorpommern abzudecken.

4. Wie beurteilt die Landesregierung die von Seiten der Gewerkschaften vertretene These, dass im Betrieb Verhältnisprävention den Vorrang vor Verhaltensprävention haben sollte, um die Arbeitgeber im Sinne einer menschengerechten Gestaltung der Arbeitswelt stärker in die Verantwortung zu nehmen?

Die Landesregierung setzt ebenso wie die Krankenkassen (siehe Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014) im Interesse einer hohen Wirksamkeit auf eine Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

5. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die Verbreitung und Nutzung des Instrumentes der Gefährdungsbeurteilung als Ausgangspunkt einer bedarfsgerechten, betrieblichen Gesundheitsförderung?

314 Betriebe in Mecklenburg-Vorpommern wurden in den Jahren 2014 und 2015 mit dem Arbeitsprogramm ORGA der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) überprüft. Eine erste Auswertung hat die folgenden Ergebnisse gebracht:

Erfragter Sachverhalt in den Betrieben (n = 314)	Antwortoptionen			
	Ja		Nein	
	absolute Häufigkeit	Anteil in %	absolute Häufigkeit	Anteil in %
<b>Nutzung und Anwendung von Gefährdungsbeurteilungen</b>	215	68	99	32
<b>Betriebsärzte vorhanden</b>	233	74	81	26
<b>Fachkräfte für Arbeitssicherheit vorhanden</b>	267	85	47	15

Diese Daten sind nur ein erster Anhaltspunkt, über deren Repräsentativität kann noch keine Aussage gemacht werden. Insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben ist eine schlechtere Umsetzung des Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetzes zu vermuten. (siehe auch Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie vom 27.06.2014).

6. Inwieweit kann eine Erweiterung der Mitbestimmungsrechte für Betriebs- und Personalräte in Bezug auf Gesundheitsfragen im Betrieb dazu beitragen, die Verhältnisprävention in den Betrieben zu stärken?

Nach § 9 Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) haben Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat/Personalrat (§ 81 Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG), § 87 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)) zusammenzuarbeiten. Dies erfolgt unter anderem im Arbeitsschutzausschuss nach § 11 ASiG.

Insofern sind Normen zur Einbindung der Beschäftigtenvertretungen zu Fragen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes hinreichend vorhanden.

Ein starkes Engagement aller Sozialpartner bei Gesundheitsvorsorge und Arbeitsschutz wird mit Blick auf die Herausforderungen des Arbeitsmarktes von der Landesregierung sehr positiv bewertet.

7. Inwieweit sollten nach Auffassung der Landesregierung auch Erwerbslose stärker als Zielgruppe präventiver Gesundheitsmaßnahmen in den Mittelpunkt rücken?

Bei Erwerbslosigkeit spielt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit mit dem Ziel der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit eine entscheidende Rolle. Anhaltende Erwerbslosigkeit ist ein bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor. Der Hilfebedarf von Erwerbslosen kann durch Integrationsprojekte nur verringert werden, wenn Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit als Voraussetzung dafür erhalten beziehungsweise wieder hergestellt werden. Erwerbslose Menschen sind daher eine sozial benachteiligte Gruppe mit besonderem Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarf. Ziel der gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten im Rahmen der Landesrahmenempfehlung wird es unter anderem sein, gesundheitlichen Einschränkungen von Arbeitslosen vorzubeugen beziehungsweise sie zu minimieren. Gemeinsam finanzierte Integrationsprojekte und andere Maßnahmen der Arbeitsmarktförderung bieten sich als Zugangswege für die freiwillige Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten an. Hierbei wird eine Verzahnung der Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen mit Präventionsleistungen angestrebt.

8. Wie steht die Landesregierung zur Idee der Erarbeitung einer Landespräventionsstrategie mit dem Ziel, die Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, der Kranken- und Pflegekassen sowie der Bundesagentur für Arbeit und der Jobcenter in allen Lebenswelten besser zu koordinieren?

Mit dem Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung nach § 20f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) will die Landesregierung einschließlich der obersten Arbeitsschutzbehörde eine verbesserte Zusammenarbeit mit den genannten Sozialversicherungsträgern, den kommunalen Spitzenverbänden und der Bundesagentur für Arbeit erreichen. Darin sollen nach § 20f Absatz 2 SGB V insbesondere gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder festgelegt werden. Federführend sind die Krankenkassen. Die Landesregierung bringt dabei im Wesentlichen die im Landesaktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelten Handlungsschwerpunkte ein.

9. Welche Ziele sollte eine solche Landespräventionsstrategie nach Auffassung der Landesregierung, ggf. auch in Abgrenzung zur Bundespräventionsstrategie, enthalten?

Es wird auf die im Landesaktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention genannten Handlungsschwerpunkte Bezug genommen. Die Landesregierung fokussiert diese unter dem Aspekt der Kindergesundheitsziele 2013, der Beratung von Unternehmen im Setting Betrieb/Arbeitswelt zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention für Erwerbslose.