

# **Evaluation der arbeitsmedizinischen Betreuung 2004**

**der Evangelischen Kirche in Deutschland  
durch die  
BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH**

Dr.med.Elisabeth Frost  
Am Buchengrund 24  
31812 Bad Pyrmont  
Efrost @bhw.de

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	<b>4</b>
1.1	Einführende Worte	4
1.2	Rechtliche Grundlagen	5
1.3	Ausgangslage	6
1.4	Zielsetzung	7
<b>2.</b>	<b>Methodik</b>	<b>8</b>
2.1	Vorgehensweise	8
2.2	Telefoninterviews	10
2.2.1	Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitssicherheit	10
2.2.1.1	Vorgehensweise	10
2.2.1.2	Inhalt der Interviews	10
2.2.2	Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitsmedizin	11
2.2.2.1	Vorgehensweise	11
2.2.2.2	Inhalt der Interviews	11
2.3	Fragebögen für kirchliche Einrichtungen	12
2.3.1	Vorgehensweise	12
2.3.2	Probleme	13
<b>3.</b>	<b>Auswertung Telefoninterviews</b>	<b>14</b>
3.1	Ergebnisse Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitssicherheit	14
3.2	Ergebnisse Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitsmedizin	27
3.3	Vergleichende Bewertung	33
3.4	Verbesserungsmöglichkeiten	40
3.4.1	Zusammenarbeit	40
3.4.2	Zuständigkeit der BAD-Zentren, Daten der Einrichtungen	40
3.4.3	Regionale Zusammenarbeit	40
3.4.4	Dokumentation	41
3.4.5	Kontingentsproblem	41
3.4.6	Zeitnahe Betreuung	42
3.4.7	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit	42
3.4.8	Verbesserungsvorschläge durch Interviewpartner	42

<b>3.4.9 Wertigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz in der EKD</b> .....	<b>43</b>
<b>4. Auswertung Fragebögen</b> .....	<b>44</b>
<b>4.1 Ergebnisse</b> .....	<b>44</b>
<b>4.1.1 Rücklauf</b> .....	<b>44</b>
<b>4.1.2 Betreuung der Landeskirchen</b> .....	<b>45</b>
<b>4.1.3 Betreuungsgrad pro Art der Einrichtung</b> .....	<b>46</b>
<b>4.1.4 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Landeskirchen</b> .....	<b>47</b>
<b>4.1.5 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Einrichtungen</b> .....	<b>48</b>
<b>4.1.6 Positive Aspekte der arbeitsmedizinischen Betreuung</b> .....	<b>48</b>
<b>4.1.7 Bekanntheit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH</b> .....	<b>48</b>
<b>4.1.8 Bekanntheit Betreuungskatalog</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1.9 Namentliche Bekanntheit des/r Betriebsarztes/ärztin</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1.10 Betreuungsleistung vor Ort</b> .....	<b>50</b>
<b>4.1.11 Dokumentation</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1.12 Nicht-Erfüllung von Leistungen</b> .....	<b>52</b>
<b>4.1.13 Zeitnahe Betreuung</b> .....	<b>52</b>
<b>4.1.14 Zufriedenheit</b> .....	<b>53</b>
<b>4.1.15 Zufriedenheit nach Einrichtungen</b> .....	<b>53</b>
<b>4.1.16 Freie Verbesserungsvorschläge</b> .....	<b>54</b>
<b>4.1.17 Informationsmaterial</b> .....	<b>56</b>
<b>4.1.18 Angaben zur Anzahl Mitarbeiter/innen</b> .....	<b>56</b>
<b>4.2 Bewertung</b> .....	<b>57</b>
<b>4.2.1 Rücklauf</b> .....	<b>57</b>
<b>4.2.2 Betreuung der Einrichtungen pro Landeskirche</b> .....	<b>57</b>
<b>4.2.3 Betreuungsgrad pro Einrichtung</b> .....	<b>57</b>
<b>4.2.4 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Landeskirchen</b> .....	<b>59</b>
<b>4.2.5 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Einrichtungen</b> .....	<b>59</b>
<b>4.2.6 Positive Aspekte der arbeitsmedizinischen Betreuung</b> .....	<b>59</b>
<b>4.2.7 Bekanntheit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH</b> .....	<b>60</b>
<b>4.2.8 Bekanntheit Betreuungskatalog</b> .....	<b>60</b>
<b>4.2.9 Namentliche Bekanntheit des/r Betriebsarztes/ärztin</b> .....	<b>60</b>
<b>4.2.10 Betreuungsleistung vor Ort</b> .....	<b>60</b>
<b>4.2.11 Dokumentation</b> .....	<b>61</b>
<b>4.2.12 Nicht-Erfüllung von Leistungen</b> .....	<b>61</b>
<b>4.2.13 Zeitnahe Betreuung</b> .....	<b>62</b>
<b>4.2.14 Zufriedenheit mit der Betreuungsleistung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin</b> .....	<b>62</b>
<b>4.2.15 Zufriedenheit nach Einrichtungen</b> .....	<b>62</b>
<b>4.2.16 Freie Verbesserungsvorschläge</b> .....	<b>63</b>
<b>4.2.17 Informationsmaterial</b> .....	<b>63</b>

<b>4.3</b>	<b>Verbesserungsmöglichkeiten</b> .....	<b>64</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit und Empfehlungen</b> .....	<b>67</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>69</b>
-	<b>Projektablaufplan</b>	
-	<b>Anschreiben für Fragebögen</b>	
-	<b>Fragebogen für kirchliche Einrichtungen</b>	

## 1. Vorbemerkungen

### 1.1 Einführende Worte

Eine Berechtigung für das Fachgebiet Arbeitsmedizin wurde in der Vergangenheit häufig ausschließlich in der Unfallverhütung gesehen. Entsprechend war die Ausrichtung des Fachgebietes selbst auf einen rein technischen Ansatz im Sinne von Untersuchungen bei Umgang mit Gefahrstoffen oder gefährlichen Tätigkeiten beschränkt.

Wo in der Evangelischen Kirche in Deutschland sollten unter diesen Voraussetzungen wichtige arbeitsmedizinische Betätigungsfelder liegen?

Dass 1998 seitens der Evangelischen Kirche in Deutschland ein arbeitsmedizinischer Betreuungsvertrag für alle Mitarbeiter geschlossen wurde, ist symptomatisch für ein Umdenken seitens der Unfallversicherungsträger, der Arbeitgeber und auch der Arbeitsmediziner.

Nicht mehr die reine Unfallverhütung, sondern Präventionsarbeit an auf den ersten Blick den Mitarbeiter nicht besonders gefährdenden Arbeitsplätzen rückte in den Vordergrund.

Insbesondere die Umsetzung der Bildschirmarbeitsverordnung wertete die arbeitsmedizinische Betreuungsarbeit im Verwaltungsbereich stark auf.

Berufsgenossenschaften und Krankenkassen erkannten den hohen Handlungsbedarf im Bereich der psychischen Erkrankungen. Zusammen mit dem Spektrum der Vermeidung von muskuloskeletalen Erkrankungen tut sich für die Arbeitsmedizin ein riesiges Handlungsfeld auf. Die Arbeitsmedizin befindet sich derzeit in einem enormen Entwicklungsfeld. Zentrale Einbindung des Arbeitsmediziners in die Erarbeitung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems oder Arbeitsmediziner als Mediatoren setzt soziale Kompetenz, sowie Konfliktfähigkeit voraus.

In gewerblichen Unternehmen besteht eine jahrzehntelange Tradition in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin. Auf eine solche Tradition kann in kirchlichen Strukturen noch nicht aufgebaut werden. Entsprechend zurückhaltend und zunächst kritisch abwartend fällt der Umgang mit Arbeitsmedizinern und Sicherheitsbeauftragten vor Ort häufig aus.

**„Schade um die Kirchensteuern! Ich halte EFAS und BAD für Geldverschwendung.“**

Diese offenherzige Aussage quer über einem zurückgeschickten Fragebogen sollte zu Lösungsansätzen anspornen.

## 1.2 Rechtliche Grundlagen

Seit 1998 werden die Evangelische Kirche in Deutschland und ihre Gliedkirchen auf Grundlage eines Dienstleistungsvertrages mit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH arbeitsmedizinisch betreut.

Die gesetzlich vorgeschriebene Regelbetreuung, sowie die Leistungen, die von den Unfallversicherungsträgern vorgeschrieben sind, werden gegen eine Betreuungspauschale erbracht.

„(4) Für den Bereich des Gesundheitsschutzes (insbesondere Umsetzung der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“ (BGV A7) wird die Qualität der Aktivitäten in einem besonderen Verfahren gesichert. Die EFAS beauftragt alle fünf Jahre, erstmals im Jahr 2003, eine/n unabhängige/n sachverständigen Dritten/ sachverständige Dritte, mit der Bewertung und Weiterentwicklung der Qualität der betriebsärztlichen Leistungen in den Einrichtungen und Werken nach Nr. 2. Ein entsprechendes Fachgutachten ist erstmals spätestens Ende Februar 2004 vorzulegen.“<sup>1</sup>

Gemäß dem Werkvertrag vom 11.02.2004 über die Durchführung der Evaluation arbeitsmedizinischer Leistungen für die Evangelische Kirche in Deutschland erhielt ich den Auftrag zu nachfolgendem Fachgutachten.

---

<sup>1</sup> Nr. 4 Abs. 4 des Präventionskonzepts Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der Evangelischen Kirche in Deutschland mit der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft vom 3./17. September 2003. Das Präventionskonzept wird ebenfalls mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vereinbart.

Vertrag mit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH vom 5./7. Januar 1998

### 1.3 Ausgangslage

Durch den Auftraggeber wurde im Vorfeld der anstehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen eine Arbeitsgruppe“ Evaluation Arbeitsmedizin“ gebildet, in der alle wichtigen Kooperationspartner eingebunden waren.

In dieser Arbeitsgruppe wurde wichtige Vorarbeit geleistet, zunächst unter der Vorstellung, dass die Aufgabe durch Frau Prof. Dr. Wrbitzky und entsprechenden Einsatz wissenschaftlicher Hilfskräfte durchgeführt werden sollte.

So war bei Auftragserteilung an mich, als unabhängige arbeitsmedizinisch tätige Gutachterin, bereits ein Arbeitskonzept vorhanden.

Hinsichtlich klarer Zielstellung und Vorgehensweise konnte ich diese Vorarbeit als Basis für meine Untersuchung verwenden.<sup>2</sup>

Die durch die Arbeitsgruppe hinsichtlich Quantität und Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung in Entwurfsform erarbeiteten Fragebögen wurden mir nach Auftragserteilung zur Verfügung gestellt.

Als weitere Information des Auftraggebers wurde mir die Evaluation der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Kleinbetrieben als Synthesenbericht zur Verfügung gestellt.<sup>3</sup>

Die Arbeit vergleicht die Präventionskonzepte der Evangelischen Kirche in Deutschland, der katholischen Kirche in Deutschland sowie der Bundeszahnärztekammer.

Leider ist ein Bezug auf diese Untersuchung aufgrund der unterschiedlichen methodischen Ansätze nicht möglich. Zahlenmaterial, das zu einer vergleichenden Betrachtung geeignet wäre, liegt nicht vor.

Die Untersuchung wird jedoch bei der abschließenden Diskussion hinsichtlich der Problemstellungen und der angebotenen Lösungen verwendet.

---

<sup>2</sup> Das Protokoll der Sitzung vom 11.07.03

<sup>3</sup> Evaluation der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Kleinbetrieben (Umsetzung BGV A6/A7 §2 Abs. 2) Synthese-Bericht  
Desiree Niemann, Dr Beate Locher, Guido Schiffhorst, Hans-Dieter Nolting

## 1.4 Zielsetzung

Gemäß Auftragserteilung ist Zielsetzung der Begutachtung die Prüfung der Leistungsfähigkeit der arbeitsmedizinischen Betreuung durch den Dienstleister BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH hinsichtlich Quantität und Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung.

Insbesondere soll geprüft werden:

- **Werden die vertraglich vereinbarten Leistungen durch den Dienstleister vollumfänglich erbracht?**
- **Werden die Leistungen in der Fläche der Landeskirchen erbracht?**
- **Erfolgt die Dienstleistung effektiv?**
- **Genügt sie den Anforderungen an eine angemessene und zeitgemäße Betreuung?**

Als konkrete Evaluationsziele wurden vorgegeben<sup>4</sup>:

- **Welche Leistungen** werden mit welcher Intensität/Routine vom Dienstleister vor Ort erbracht? (Stichprobe, Erhebung, Befragung); werden die gesetzlichen Regelungen bzw. die Unfallverhütungsvorschriften eingehalten? Welche (zeitliche) Relation besteht zwischen arbeitsmedizinischer Betreuung und Vorsorgeuntersuchungen?
- **Wie ist die Qualität** der Leistungen vor Ort einzuschätzen? Merkmale z.B. Aus-/Fortbildung, Bekanntheitsgrad, Ansprechbarkeit, Einsatz der Betriebsärzte/innen, Erfahrungen der Mitarbeiter/innen, „arbeitsmedizinische Wirksamkeit“, Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten/Arbeitgebern vor Ort, Umfang/Güte des Informationsmaterials.
- **Wie ist die Organisation** der arbeitsmedizinischen Betreuung einzuschätzen? Merkmale z.B.: Dokumentation, Betreuung in der Fläche, Zeiteinteilung, Sonderaktionen (Klinimobil, Gesundheitstage), Zusammenarbeit mit den Ortskräften für Arbeitssicherheit der Landeskirche, Arbeit im ASA).

---

<sup>4</sup> Schreiben Frau Husmann-Müller vom 28.04.03



## **2. Methodik**

### **2.1 Vorgehensweise**

In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe „Evaluation Arbeitsmedizin“ wurde die Vorgehensweise für das nachfolgende Fachgutachten erarbeitet.

Erster Schritt der Qualitätssicherungsmaßnahme soll eine Ermittlung des Ist-Standes der arbeitsmedizinischen Betreuung sein.

Innerhalb des vorgegebenen Kostenrahmens einigte man sich auf eine Grobanalyse, die aus zwei Schwerpunkttaktionen besteht.

- 1. - Interviews mit allen Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit**  
**- Interviews mit allen Koordinatoren/innen für Arbeitsmedizin**

### **2. Versand von 3000 Fragebögen an die kirchlichen Einrichtungen**

Eine nachfolgende Feinanalyse auf der Ebene der betreuten Mitarbeiter/innen bzw. der betreuenden BAD-Zentren kann erfolgen, ist jedoch nicht Gegenstand des Werkvertrages.

Hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit einer solchen Grobanalyse, insbesondere in Bezug auf fehlende Vergleichswerte sind natürlich Grenzen gesetzt.

Es können kaum gemeinsame Basisdaten angenommen werden.

Die untersuchten 27 Landeskirchen sind strukturell hinsichtlich vieler zu untersuchender Faktoren höchst unterschiedlich aufgebaut.

Die wissenschaftlichen Prämissen, Objektivität, Validität und Reliabilität, sind unter diesen Voraussetzungen nur sehr eingeschränkt zu gewährleisten.

Vielmehr geht es in der Erst-Evaluation darum, eine Ist-Aufnahme des derzeitigen arbeitsmedizinischen Betreuungsstandes zu dokumentieren.

Die Problematiken bei der arbeits- und sicherheitstechnischen Betreuung in den unterschiedlichen Ausprägungsgraden, der Stand der flächenhaften Versorgung, die Versorgung der einzelnen Einrichtungstypen sowie der Qualitätsstand der arbeitsmedizinischen Betreuung kann durchaus mit den zur Verfügung gestellten Daten dargestellt werden.

Allerdings sind die Daten lediglich als Hinweis auf den derzeitigen arbeitsmedizinischen Betreuungsgrad zu verstehen, keinesfalls als Absolutwerte.

Wichtig ist mir als Gutachterin die möglichst umfangreiche Weitergabe der in Interviews und Fragebögen gegebenen Informationen, Wünsche, Problemdarstellungen und Verbesserungsvorschläge.

Die Wissenschaftlichkeit der Darstellung ist bewusst einem pragmatischen Ansatz untergeordnet.

Jeder Interviewpartner soll sich wiederfinden können, deshalb wurde eine ausführliche Form der Darstellung der Interviews gewählt.

Ebenso soll jede teilnehmende Landeskirche mit ihren Einrichtungen in der Studie dargestellt werden.

Der Vergleich des quantitativen und qualitativen Betreuungsstandes der eigenen Landeskirche mit anderen Landeskirchen soll explizit ermöglicht werden.

Besonders ausführlich ist der Part der freien Bemerkungen aus den Fragebögen wiedergegeben.

Wer sich die Mühe gemacht hat, seine Meinung zu formulieren, soll entsprechend wichtig genommen werden.

Die Einrichtung EFAS sowie der Einsatz des Koordinatorensystems werden als den Lesern bekannt vorausgesetzt.

## **2.2 Telefoninterviews**

### **2.2.1 Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitssicherheit**

#### **2.2.1.1 Vorgehensweise**

Alle Koordinatoren für Arbeitssicherheit wurden über das bevorstehende Telefoninterview informiert. Bei einigen Koordinatoren konnte ich mich persönlich bei einem Treffen in der Landeskirche Hannover vorstellen. Die Information der übrigen Koordinatoren wurde durch Mitarbeiter der EFAS erledigt.

Dr. med. Gülken übernahm die Ankündigung des Telefoninterviews bei den Koordinatoren für Arbeitsmedizin mittels eines Rundschreibens.

Alle notwendigen Daten wurden mir durch die Mitarbeiter der EFAS zur Verfügung gestellt.

Gemäß Ablaufplan wurden zunächst alle Koordinatoren für Arbeitssicherheit telefonisch um Terminabsprache gebeten. Die Erreichbarkeit der Koordinatoren für Arbeitssicherheit gestaltete sich schwierig, da sie häufig im Außendienst vor Ort tätig sind und Sekretariate nicht zur Verfügung stehen. Entsprechend zeitaufwändig und terminlich vom 08.03.04 bis 28.07.04 verzögert konnte die Befragung der Koordinatoren für Arbeitssicherheit durchgeführt werden. Insgesamt wurden 26 Interviews geführt.

Die Interviews bewegten sich im Zeitrahmen von 15 Minuten bis 2 Stunden.

#### **2.2.1.2 Inhalt der Interviews**

Anhand des Fragebogens als Grundlage für das Gespräch wurde ein gelenktes Interview geführt. In vielen Fällen ergab sich für die Koordinatoren für Arbeitssicherheit die Möglichkeit über die spezifischen Probleme ihrer Tätigkeit zu sprechen.

Die hohe Emotionalität bei der Beschreibung der eigenen Tätigkeit und der Zusammenarbeit mit den Koordinatoren für Arbeitsmedizin, sowohl im positiven, als auch im negativen Sinn, erforderte in vielen Fällen einen höheren Zeitaufwand als die eingeplanten 30 Minuten. Je nach angesprochener Problemlage wurden die Gespräche mit sehr hoher Intensität geführt.

Im Lauf der Gespräche konnten einige Informationen zur akuten Problemlösung vor Ort in Absprache mit EFAS und Dr. med. Gülken (leitender Koordinator für Arbeitsmedizin) weitergegeben werden.

Über die Abfrage des Fragebogens hinaus wurde in einigen Fällen eine Einschätzung des tatsächlichen arbeitsmedizinischen Versorgungsgrades der landeskirchlichen Mitarbeiter abgegeben.

Weitere Themen waren zum Beispiel die Höhe der Einsatzzeiten, die Schwierigkeiten im Umgang mit den zu betreuenden Mitarbeitern vor Ort, sowie der Umgang in den Führungsebenen der Landeskirche mit dem Thema Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin.

## **2.2.2 Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitmedizin**

### **2.2.2.1 Vorgehensweise**

Alle notwendigen Daten wurden durch die Mitarbeiter der EFAS zur Verfügung gestellt.

Gemäß Ablaufplan wurden zunächst alle Koordinatoren für Arbeitmedizin telefonisch um Terminabsprache gebeten. Die Erreichbarkeit der Koordinatoren für Arbeitmedizin gestaltete sich durch gute Erreichbarkeit der Sekretariate wesentlich einfacher als die Terminierung mit den Koordinatoren für Arbeitssicherheit.

Im Zeitraum vom 22.07.04 bis 01.09.04 konnten alle Koordinatoren für Arbeitmedizin erreicht werden.

Insgesamt wurden 25 Interviews geführt. Der Zeitbedarf pro Gespräch lag bei 15 Minuten bis 45 Minuten.

Mit Dr. med. Gülден, dem leitenden Koordinator für Arbeitmedizin, wurde zusätzlich ein ausführliches persönliches Gespräch in Hannover geführt.

### **2.2.2.2 Inhalt der Interviews**

Anhand des Fragebogens als Grundlage für das Gespräch wurde ein gelenktes Interview geführt. Soweit die Interviews mit den Koordinatoren für Arbeitssicherheit bereits geführt worden waren, konnte ich mich im Gespräch bereits auf genannte Schwierigkeiten oder positive Bemerkungen beziehen. Informationen aus vorhergehenden Gesprächen konnten weitergegeben werden, gegebenenfalls nach Rücksprache mit den Mitarbeitern der EFAS und Herrn Dr. med. Gülден.

Über den Inhalt des Fragebogens hinaus wurden häufig Vergleiche der Tätigkeit in der entsprechenden Landeskirche mit außerkirchlichen Einsatzstellen gezogen.

Auch das grundlegende Verständnis der eigenen arbeitsmedizinischen Arbeitsauffassung wurde thematisiert. Es ergaben sich interessante Diskussionen um die Vermittelbarkeit der Wichtigkeit des präventiven Gesundheitsschutzes sowie der arbeitsmedizinischen und arbeitssicherheitstechnischen Betreuung.

## 2.3 Fragebögen für kirchliche Einrichtungen

### 2.3.1 Vorgehensweise

Als repräsentative Basis für die Überprüfung der BAD-Tätigkeit in der Fläche wurde eine Anzahl von 3000 Adressdaten von kirchlichen Einrichtungen festgesetzt.

Diese Anzahl entspricht der Erfassung von etwa 10 % der kirchlichen Einrichtungen.

Der Fragebogen sollte jeweils von der Leitung der entsprechenden Einrichtung ausgefüllt werden und persönlich an die leitende Person adressiert sein.

Die Mitarbeiter der EFAS hatten die Aufgabe übernommen, statistisch verwertbares Datenmaterial zu erstellen. Proportional zur Größe der jeweiligen Landeskirche wurde die notwendige Anzahl anzuschreibender Einrichtungen numerisch aufgelistet.

Unterschieden wurden die Sparten:

- **Kirchengemeinden**
- **Kindertagesstätten**
- **Diakoniestationen**
- **Friedhöfe**
- **Verwaltungen**
- **Sonstige (Beratungsstellen, Schulen, Familienheime etc.)**

Aufgabe der Koordinatoren für Arbeitssicherheit war es, diese Daten möglichst flächendeckend herauszusuchen und gemäß Vorgabe termingerecht zurückzuschicken.

Leider stellte sich die termingerechte Datenlieferung als großes Problem heraus. Trotz mehrmaliger Anmahnung durch die EFAS und Terminverschiebung um acht Wochen, gelang es nicht, die 3000 Daten vollständig zu erheben.

In Absprache mit den Mitarbeitern der EFAS wurde die Versendung von 2200 Fragebögen Mitte Juni 2004 in Auftrag gegeben.

Aus mehreren Landeskirchen trafen die Adressen erst nach Versendung der Fragebögen ein. Soweit noch Materialien vorhanden waren, wurden diese mühselig manuell adressiert und die Rücksendefristen um 14 Tage geändert.

Insgesamt konnten 2500 Fragebögen versendet werden.

Dem Fragebogen und dem Anschreiben wurde ein mit Anschrift versehener kostenfreier Rücksendeumschlag beigelegt.

Die Rücksendefrist 31.07.04 wurde in den meisten Fällen eingehalten, jedoch wurden bis Ende August eingehende Fragebögen in der Auswertung berücksichtigt.

In der Landeskirche Bayern wurde vom zuständigen Koordinator die Notwendigkeit der Datenbeschaffung genutzt, um eine vollständige Datenerfassung der zu betreuenden kirchlichen Mitarbeiter zu erarbeiten. Dies verhinderte eine termingerechte Abgabe.

Darüber hinaus wurden die Fragebögen kopiert und sämtlichen kirchlichen Einrichtungen Bayerns zugesendet. Entsprechend spät trafen die letzten Fragebögen erst Ende August bei mir ein.

Eine solche Vorgehensweise war zwar nicht abgesprochen und eingeplant, ich fand den Ansatz einer kompletten Erfassung einer Landeskirche jedoch interessant. Insbesondere, um repräsentatives Datenmaterial auswerten zu können, entschied ich mich in Absprache mit Frau Jungclaus (EFAS) zu einer Gesamtauswertung.

Schade wäre es auch gewesen, die 779 Fragebögen nur zu einem Teil (271 angeforderte) zu verwenden. Die statistische Korrektheit bei einer Auswahl nach Sparten wäre zudem nur schwerlich zu gewährleisten gewesen.

Die Daten aus der Landeskirche Bayern werden, wo zur statistischen Verlässlichkeit nötig, gesondert von der Gesamtheit der restlichen Landeskirchen ausgewertet.

### **2.3.2 Probleme**

In 10 Fällen wurde telefonisch mit mir Rücksprache gehalten, um die Zuständigkeit für das Ausfüllen der Fragebögen zu klären.

Die Mitarbeiter der EFAS wurden in etwa 20 Fällen befragt, ob der Fragebogen tatsächlich ein offizieller Auftrag sei. Dieselbe Anzahl Rückfragen wurde durch die Koordinatoren für Arbeitssicherheit angegeben. 9 Briefe konnten aufgrund von falschem Datenmaterial nicht zugestellt werden.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass nur ein sehr geringer Prozentsatz der Fragebögen aufgrund nicht verwertbarer Angaben nicht in die Studie mit einbezogen werden konnte.

### 3. Auswertung Telefoninterviews

#### 3.1 Ergebnisse Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitssicherheit

##### **Frage 1: Der zuständige Koordinator/die zuständige Koordinatorin für Arbeitsmedizin ist namentlich bekannt.**

In 26 Fällen von 27 Abfragen kennen die Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit den zuständigen Koordinator/die zuständige Koordinatorin für Arbeitsmedizin namentlich.

In der **Ev. Landeskirche Anhalts** ist der zuständige arbeitsmedizinische Kollege nicht bekannt.

Spezielles Problem in der Ev. Landeskirche Anhalts: Der durch EFAS angegebene Gesprächspartner verwies an den für das Interview zuständigen Vorgesetzten.

Bei der **Brüder-Unität** ist der zuständige arbeitsmedizinische Kollege zwar namentlich bekannt, jedoch nicht persönlich. Zusätzlich zu dem Telefonat mit Herrn Voshage, dem Koordinator für Arbeitssicherheit, wurde ein Interview mit Frau Scholz, als Ansprechpartnerin der Brüder-Unität vor Ort geführt. Ihr ist der arbeitsmedizinische Kollege bekannt.

##### **Frage 2: Werden Sie über einen Wechsel des zuständigen Koordinators/der zuständigen Koordinatorin für Arbeitsmedizin informiert?**

In 24 Fällen von 27 Abfragen erfolgt/e eine Information über einen Wechsel.

Wie aus Frage 1 folgt, ist in der **Ev. Landeskirche Anhalts** auch keine Information über einen Wechsel angekommen.

In der **Ev.-Luth. Kirche in Thüringen** ist derzeit kein arbeitsmedizinischer Ansprechpartner vorhanden.

In der **Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg** erfolgte kürzlich ein Wechsel. Der zuständige Koordinator für Arbeitssicherheit war zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht informiert.

##### **Frage 3: Besteht zwischen Ihnen und dem zuständigen Koordinator/der zuständigen Koordinatorin für Arbeitsmedizin ein regelmäßiger Informationsaustausch (z.B. Absprachen, Treffen usw.)?**

In 20 Fällen von 27 Abfragen erfolgt regelmäßiger Informationsaustausch.

Der Begriff Regelmäßigkeit wird von einmal monatlich, einmal halbjährlich bis regelmäßig anlassbezogen mit „ja“ gewertet.

<b>Kein Informationsaustausch</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Brüder-Unität
	SELK
<b>Lockerer, eher seltener Austausch</b>	Ev.-reformierte Kirche
	Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig
	Ev. Kirche der Pfalz

In der **Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg** und in der **Ev.-Luth. Kirche in Thüringen** sind derzeit Wechsel erfolgt, deshalb erfolgt derzeit kein Austausch. In der Vergangenheit hat ein regelmäßiger Austausch stattgefunden. Dies ist auch für die Zukunft anzunehmen.

**Frage 4: Finden gemeinsame Aktivitäten statt?**

In 24 Fällen von 27 Befragungen wurde die Frage mit „ja“ beantwortet. In 3 Fällen mit „nein“.

<b>Keine gemeinsame Aktivität</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Brüder-Unität
	SELK

(Entsprechend den Fragen 1-3)

**Zu differenzieren ist die Form der gemeinsamen Aktivität:**

**Gemeinsame Aktivität = ASA-Sitzung:** 5 Landeskirchen

<b>ASA-Sitzung</b>	Ev. Landeskirche in Baden
	Ev.-luth. Landeskirche Hannovers
	Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
	Ev.-reformierte Kirche
	Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen

**Gemeinsame Aktivität = keine ASA und gemeinsame Begehungen:** 1 Landeskirche

Pommersche Evangelische Kirche

**Gemeinsame Aktivität = ASA-Sitzung + gemeinsame Begehungen**

(meist zur Problemlösung vor Ort, eher selten): 10 Landeskirchen

<b>ASA + Begehungen</b>	Ev. Landeskirche in Bayern
	Ev. Landeskirche in Baden
	Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
	Ev. Kirche in Hessen und Nassau
	Lippische Landeskirche
	Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
	Ev. Kirche der Pfalz
	Ev.-luth. Landeskirche Sachsens
	Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe
	Ev. Kirche der schlesischen Oberlausitz



**Gemeinsame Aktivität = ASA-Sitzung, gemeinsame Begehungen, Info-Veranstaltungen und/oder Vorträge: 6 Landeskirchen**

<b>ASA + Begehungen + Info-Veranstaltungen</b>	Bremische Evangelische Kirche
	Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck
	Ev.-Luth. Kirche in Thüringen
	Ev. Landeskirche in Württemberg
	Union Ev. Kirchen der EKD
	Evangelische Kirche von Westfalen

**Gemeinsame Aktivität = ASA-Sitzung, gemeinsame Begehungen, Info-Veranstaltungen, Fortbildungstreffen, Fachtagungen: 2 Landeskirchen**

<b>ASA + Begehungen + Info-Veranstaltungen + Fachtagungen</b>	Ev. Kirche im Rheinland
	Nordelbische Ev.-Luth. Kirche

<b>Keine ASA-Sitzung</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Pommersche Evangelische Kirche

**Frage 5: Eine Zuordnung der regionalen Zuständigkeiten der einzelnen BAD-Zentren innerhalb der Landeskirche liegt vor und ist bekannt.**

23 Landeskirchen „ja“, 4 Landeskirchen „nein“

<b>Zuständigkeit der BAD-Zentren nicht bekannt</b>	Ev. Landeskirche Anhalts (Dessau ja, dezentral nein)
	Brüder-Unität
	SELK
	Ev.-reformierte Kirche (besonders Gemeinden im Süden Deutschlands)

**Frage 6: Den einzelnen BAD-Zentren sind die zu betreuenden Einrichtungen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches bekannt.**

20 Landeskirchen „ja“, 7 Landeskirchen nicht vollständig bekannt

<b>BAD-Zentren sind die zu betreuenden Einrichtungen nicht/nicht vollständig bekannt</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe
	Ev.-Luth. Kirche in Thüringen (On-Demand-system)
	SELK
	Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg (in Berlin „ja“, dezentral „nein“)
	Ev.-reformierte Kirche
	Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

**Frage 7: Auf regionaler Ebene arbeiten die BAD-Ärzte/Ärztinnen mit den Ortskräften für Arbeitssicherheit zusammen.**

<b>Keine Information über regionale Zusammenarbeit</b>	Ev. Landeskirche in Bayern
	Ev. Kirche von Westfalen
	Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens

<b>Es erfolgt Zusammenarbeit</b>	Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
	Ev.-luth. Landeskirche Hannovers
	Ev. Kirche in Hessen und Nassau
	Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
	Nordelbische Ev.-Luth. Kirche
	Ev. Kirche im Rheinland
	Ev. Landeskirche in Württemberg

<b>Es erfolgt keine Zusammenarbeit auf regionaler Ebene</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Ev. Landeskirche in Baden
	Ev.-luth. Kirche in Braunschweig
	Ev. Kirche der Pfalz
	Ev.-reformierte Kirche
	Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen
	Ev.-Luth. Kirche in Thüringen
	SELK
UEK	

**Frage 8: In der Landeskirche finden gemeinsame Treffen der Ortskräfte für Arbeitssicherheit und der regional zuständigen BAD-Ärzte/Ärztinnen statt.**

**Geplante Treffen in 3 Landeskirchen:**

Ev. Kirche in Hessen und Nassau
Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens

**Es finden Treffen auf regionaler Ebene statt: 8 Landeskirchen**

Ev. Landeskirche in Baden (nur 1 Zentrum)
Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg (nur Berlin und Potsdam)
UEK
Ev. Landeskirche in Bayern
Nordelbische Ev.-Luth. Kirche
Ev. Kirche im Rheinland
Ev. Landeskirche in Württemberg (konkrete Planung lag vor)
Evangelische Kirche von Westfalen

**Keine Treffen auf regionaler Ebene: 11 Landeskirchen**

Ev. Landeskirche Anhalts
Brüder-Unität
Ev.-luth. Kirche in Braunschweig
Ev.-luth. Landeskirche Hannovers
Ev. Kirche in Hessen und Nassau
Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
Ev. Kirche in der Pfalz
Ev.-reformierte Kirche
Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen
Ev.-Luth. Kirche in Thüringen
SELK

Diskutiert wurde die Notwendigkeit von Treffen. Es konnten positive Aspekte der Stabilisierung der Zusammenarbeit herausgearbeitet werden.

**Frage 9: Die Landeskirche erhält Kenntnis (jährliche Dokumentation, Bericht o.ä.) über die in der Landeskirche erbrachten arbeitsmedizinischen Leistungen.**

**Ja: 11 Landeskirchen**

Bremische Evangelische Kirche
Ev.-luth. Landeskirche Hannovers (nur durch Koordinator)
Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck
Lippische Landeskirche
Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
Pommersche Evang. Kirche
Ev. Kirche im Rheinland
Ev. Kirche der schlesischen Oberlausitz
Ev.-Luth.Landeskirche Thüringen(nur von Koordinator)
Ev. Landeskirche in Württemberg (nur von Koordinator)
UEK

In vielen Fällen wird bei gemeinsamen Begehungen das Protokoll durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit erstellt.

**Unvollständige Dokumentation: 7 Landeskirchen**

Ev. Landeskirche Anhalts
Ev. Landeskirche in Bayern
Brüder-Unität
Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
Ev.-luth. Kirche in Braunschweig
Nordelbische Ev.-Luth. Kirche
Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen

**Keine Dokumentation:** 9 Landeskirchen

Ev. Landeskirche in Baden
Ev. Kirche in Hessen und Nassau
Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Ev. Kirche der Pfalz
Ev.-reformierte Kirche
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens
Evangelische Kirche von Westfalen
SELK
Ev.-Luth.Landeskirche Schaumburg-Lippe

Nicht geklärt ist, wer genau die Dokumentation erhalten soll:

Der Koordinator für Arbeitssicherheit, die begangene landeskirchliche Einrichtung oder eine übergeordnete landeskirchliche Verwaltungseinheit. Insofern sind die Aussagen über erfolgte Dokumentationsweitergabe teilweise widersprüchlich. Sinnvoll zur gemeinsamen Qualitätsverbesserung ist die Weitergabe von Checklisten/Mängellisten an den Koordinator für Arbeitssicherheit.

Im Gespräch wurde zu Frage 9 viel negative Emotion frei. Häufig musste durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit nachgefragt werden nach Protokollen. In vielen Fällen erfolgte trotz mehrmaliger Aufforderung keine Weitergabe von Dokumentationen. Nach langem Drängen wurden teilweise jährliche Dokumentationen erstellt.

Bei gemeinsamen Begehungen scheint grundsätzlich die Fachkraft für Arbeitssicherheit die Dokumentation zu übernehmen.

**Frage 10: Wurden seitens der BAD GmbH arbeitsmedizinische Leistungen zurückgewiesen oder in Rechnung gestellt?**

In 15 Landeskirchen gibt es keine Probleme mit Kontingenten oder gesonderten Rechnungen.

In fast allen Fällen wurde jedoch über lästige Verhandlungen in der Vergangenheit geklagt. Teilweise sei nicht klar gewesen, welche Leistungen gesondert berechnet werden können (z.B. Serumbestimmungen bei Impfungen, Impfstoffe). Diese Fragen sind in der jüngsten Vergangenheit geklärt worden.

Ein durchgängiges Problem in der Vergangenheit sei der Hinweis auf die Erschöpfung des Kontingents gewesen. Hier wurde über erfolgreiches „Sich-Wehren“ berichtet.

Zwischenzeitlich wurde dieses Problem mit den koordinierenden Stellen der BAD GmbH klar geregelt. In allen Landeskirchen, in denen die Frage 10 mit „nein“ beantwortet wurde, waren erhebliche Anstrengungen unternommen worden, um das „Kontingent-Problem“ zu lösen.

In 9 Landeskirchen gibt es Probleme mit der Rechnungsstellung und dem Kontingent:

Ev. Landeskirche in Baden
Ev. Landeskirche in Bayern (besonders dezentral)
Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
Ev. Kirche in Hessen und Nassau
Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck (im August Kontingent erschöpft)
Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen (G37 durch andere Anbieter)
Ev.-Luth. Landeskirche Thüringen (Einzelverträge durch andere Anbieter)

In 3 Landeskirchen entfällt die Antwort, da keine Leistung in Anspruch genommen wurde.

SELK, Brüder-Unität, Ev.-reformierte Kirche

**Frage 11: Bei Anmeldung eines Beratungsbedarfs erfolgt die Beratung durch den Betriebsarzt/die Betriebsärztin zeitnah.**

In 3 Landeskirchen wurde aktuell kein Bedarf angemeldet (siehe Frage 10).

In 4 Landeskirchen gab es teilweise Probleme mit der zeitnahen Versorgung bei Problemfällen:

Ev. Landeskirche in Bayern (in Einzelfällen)
Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg (dezentral Probleme)
Ev.-luth. Landeskirche Hannovers (dezentral)
Pommersche Evangelische Kirche (alles über 20 km Entfernung von BAD-Sitz)

In 3 Landeskirchen werden Aufträge nicht zeitnah erfüllt:

Ev. Landeskirche Anhalts
Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen

**Frage 12: Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit dem BAD-Koordinator/der BAD-Koordinatorin für Arbeitsmedizin ein?  
Bewertungsmöglichkeit 6 Stufen von sehr gut bis ungenügend**

Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	Keine Aussage
<b>4</b> <b>davon 1</b> <b>dezentral</b> <b>mangelhaft</b>	<b>12</b> <b>davon 1</b> <b>dezentral</b> <b>ausreichend</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Frage 13: Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden?**

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Landeskirche Anhalts**

- Eigeninitiative des BAD fehlt völlig. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit fühlt sich deutlich vernachlässigt. Es besteht die Erwartung, dass deutlich mehr Engagement und Aktivität seitens BAD gezeigt wird.

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Landeskirche in Baden**

- Eigeninitiative seitens BAD herstellen
- Motivation BAD-Ärzte verbessern
- Mehr Transparenz hinsichtlich erbrachter Leistungen und Kosten erbringen (vorherige arbeitsmedizinische Betreuung wurde als wesentlich besser erlebt)
- Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung verbessern
- Leistungserbringung zeitnäher
- Informationsfluss bis zum Mitarbeiter bringen (es wird viel Information gegeben, sie kommt jedoch nicht beim Mitarbeiter an)

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Landeskirche in Bayern**

- Zentrale Informationssammlung für Problemfälle, Vorgehensweise, Hilfestellung (z.B. über EFAS)
- Checklisten als Hilfe für Vorgehensweise
- Verbesserung des Informationsflusses und Dokumentationssammlung aus der regionalen Versorgung
- Planung für bestimmte Zeitabschnitte auch für dezentrale Versorgung (nicht landeskirchliche Versorgung als Lückengeschäft einsetzen, wenn gerade Zeit ist)
- Arbeitssicherheits- und arbeitsmedizinische Kontrollen ernster nehmen (seitens Führungsebene und seitens betreutem Mitarbeiter)

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Brüder-Unität**

- Kontaktaufnahme
- ASA-Sitzung installieren

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg**

- Dezentrale arbeitsmedizinische Versorgung muss verbessert werden. Es bestehen große Probleme aufgrund des Flächenlandes Brandenburg. Die Mitarbeiter in den vielen kleinen Gemeinden sind es nicht gewöhnt, die ihnen zustehende Leistung einzufordern. Es fehlt an Information und auch an Akzeptanz.
- Konzept zur Versorgung der kleinbetriebigen Struktur muss entwickelt werden (ABM-Kräfte, Halbtagskräfte, ehrenamtliche Helfer).
- Der Präventive Gesundheitsschutz ist in den dezentralen Regionen nicht verinnerlicht.
- Reagiert wird häufig erst, wenn ein Schadensfall eingetreten ist.
- Planung der arbeitsmedizinischen Betreuung
- Zusammenarbeit auch in dezentralen Regionen
- Zentrale Erfassung von Schadensfällen und entsprechender Hilfestellung zu Vorgehensweisen
- Statistik über Leistungen, Stundenzahl, Begehungen vor Ort

- Dokumentation über Begehungen, Problemfälle an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Vollständige Adressliste an BAD liefern
- Verbesserung Zusammenarbeit mit Gartenbau-BG bei Mitarbeitern auf Friedhöfen

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-luth. Kirche in Braunschweig**

- Verbesserung der eigenen Aktivität (derzeit zu niedrige Einsatzzeiten)
- Regionale Zusammenarbeit verbessern
- Eigene Vorgehensweisen optimieren
- Verbesserung Aktivität BAD
- Info-Veranstaltungen und Vorträge anbieten
- Dokumentation, Protokolle an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Nachweis der Einsatzzeiten
- Besserer Informationsfluss an Mitarbeiter
- Problem der Kirchenvorstände als Arbeitgeber

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Bremische Evang. Kirche**

Keine Verbesserungsvorschläge

**Befragung Koordinatorin für Arbeitssicherheit, Ev.-luth. Landeskirche Hannovers**

- Dokumentation und Informationsfluss verbessern aus dezentralen Regionen
- Absprachen verlässlich einhalten
- Keine Leistungen mehr zurückweisen
- Aktives Zugehen auf einzelne BAD-Zentren und Probleme ansprechen
- Akzeptanz seitens der Gemeinden für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin auf allen Ebenen fördern

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche in Hessen und Nassau**

- In Planung: Musterblatt zur Information der Kirchengemeinden
- Adressenlisten für Kindergärten erstellen
- Information an kirchliche Führungsebene
- BAD soll Informationsveranstaltungen halten
- Bessere Vernetzung bei Informationsschreiben (zentrale Rundschreiben)
- Dafür sorgen, dass Information beim Mitarbeiter ankommt

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck**

- Zentrale Datensammlung über EFAS, Leitfäden zur Problemlösung (z.B. Schimmelbildung in Archiven, Antennenanlagen, Sick-Building, PCB-Belastung)
- Mehr Begehungen, mehr gemeinsame Begehungen
- Dokumentation an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Planung aller Aktivitäten ½-jährlich
- ½-jährlich Information über geleistete arbeitsmedizinische Betreuung
- Verbesserung der Initiative seitens BAD

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Lippische Landeskirche**

- Informationsfluss an Kirchengemeinden
- Einbindung der kirchlichen Führungsebene

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs**

- Mehr Einsatzzeit für Koordinatorentätigkeit (derzeit ca. 10%)
- Mehr Akzeptanz seitens der kirchlichen Führungsebene
- Mehr Eigeninitiative seitens BAD
- Zusammenarbeit der BAD-Zentren verbessern
- Kontingent BAD-Einsatzzeiten erhöhen
- Jährliche Planung der Aktivitäten
- Protokolle an Koordinator für Arbeitssicherheit

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Nordelbische Ev.-Luth. Kirche**

- Berichtswesen verbessern
- Dezentral Begehungen regelmäßig
- mehr Initiative durch BAD dezentral
- Problemlösung für arbeitsmedizinische Betreuung der Gemeinden
- Mehr Information an Kirchenvorstände (große Verunsicherung, da Laien als Arbeitgeber)
- Adressdateien vervollständigen und regelmäßig aktualisieren (Problem der Autonomie der Kirchengemeinden, Neueinstellungen werden nicht gemeldet)

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg**

(Stelle für Arbeitsmediziner zum Zeitpunkt der Befragung kommissarisch besetzt)

- Verbesserung über Kontrolle der Finanzverteilung
- Leistungsnachweis über Protokolle
- Mängelbeseitigung über Protokollweitergabe an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Regelmäßiger Austausch und Absprachen erwünscht
- Mehr Eigeninitiative seitens BAD gefordert
- Planung der Einsätze und Budgetierung getrennt nach verschiedenen Bereichen (Diakonie, Kindertagesstätten, Verwaltungen, Gemeinden)
- Verbesserung Information Kirchenvorstände

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche der Pfalz**

- Verbesserung Informationsfluss an Koordinatoren für Arbeitssicherheit
- Ortsnähere Aufteilung der BAD-Zentren (dezentrale Stellen näher, aber nicht zur Versorgung eingebunden)
- Dokumentation und statistische Auswertung auf landeskirchlicher Ebene auswerten
- Aus Dokumentationen konkrete Mängelzustände ableiten und daraus Handlungsleitfäden erarbeiten
- Je nach Mängelzuständen Gesundheitsförderungskonzepte erarbeiten (konkreten Bezug zu jeweiliger Landeskirche)
- Forderung nach dezentraler Regelung der Zusammenarbeit mit BAD
- Gelder nicht nach Personenschlüssel, sondern nach Gefährdungen verteilen
- Klärung Hepatitis-Impfung (inzwischen geklärt)



- Hepatitis-Impfung, Serumbestimmung für Kindertagesstätten in Rahmenvertrag nehmen
- Informationsmaterial zu Mutterschutz in Kindertagesstätten
- G 42-Untersuchungen regelmäßig in allen Kindertagesstätten durchführen
- Informationen aus ASA zügig umsetzen
- Akzeptanz dezentral verbessern

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Pommersche Ev. Kirche**

1 Ärztin zu wenig für das Flächenland Pommern. Vertrag (10 km Entfernung für Mitarbeiter) wird nicht eingehalten, trotz aller Bemühungen der betreuenden Ärztin.

Aufgrund der sehr engen Zusammenarbeit mit der betreuenden BAD-Ärztin keine weiteren Verbesserungswünsche.

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-reformierte Kirche**

- Betreuung der Gemeinden im Süden Deutschlands
- Verbesserung der Kontakte mit BAD-Arzt
- Aktivität erhöhen von beiden Seiten
- Informationsfluss verbessern
- Klärung der Zuständigkeit dezentral
- Mehr gemeinsame Begehungen

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche im Rheinland**

- Zusammenarbeit und Zufriedenheit sehr gut, trotzdem noch Optimierung gewünscht
- Vollständiges Adresskataster erarbeiten
- Informationsfluss hinsichtlich Dokumentation erhöhen
- Einsatz der Checklisten (Dr. Gülden) flächendeckend als Vorschrift; dadurch zentrale Auswertung möglich
- Mehr Weisungsbefugnis durch Dr. Gülden an BAD- Zentren
- Standardisiertes, vergleichbares Vorgehen
- Informationen besser bis in Kirchengemeinden bringen

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen**

- Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin muss in Kirche ernster genommen werden
- Unterstützung durch kirchliche Führungsebene fehlt
- Motivation und Aktivität von BAD muss sich verbessern
- Information über Leistungserbringung an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Deprimierender derzeitiger Zustand muss dringend verbessert werden!
- Strittige Frage der Einsatzzeiten für Fachkraft für Arbeitssicherheit klären

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens**

- Dokumentation der Leistungen des BAD zur Qualitätskontrolle und Finanzkontrolle
- Informationsveranstaltungen organisieren

**Befragung Koordinatorin für Arbeitssicherheit, Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe**

- Mehr Eigeninitiative von beiden Seiten
- Selbst mehr Einfordern von Leistungen und mehr Vorschläge hinsichtlich Aktivität des BAD
- Mehr Information über gesetzliche Vorgaben an die kirchlichen Führungsebenen
- Mehr Unterstützung von den kirchlichen Führungsebenen

**Befragung Koordinatorin für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche der schlesischen Oberlausitz**

- Mehr Initiative von BAD
- Mehr Transparenz zu Leistungserbringung, Leistungsspektrum und Finanzen
- Informationsfluss zu Koordinator für Arbeitssicherheit

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev.-Luth. Kirche in Thüringen**

Zum Zeitpunkt der Befragung des Koordinators für Arbeitssicherheit Stelle für Arbeitsmediziner noch besetzt, danach Stelle vakant.

- Verbesserung Dokumentation
- Informationsfluss an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Mehr Eigeninitiative von BAD
- Privatschulen in Betreuungsvertrag aufnehmen
- Betreuung Diakonien und Sozialstationen verbessern

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Kirche von Westfalen**

- Informationsfluss verbessern
- Dokumentation an Koordinator für Arbeitssicherheit
- Aktivität erhöhen
- Bessere Information der Führungsebene über die Wichtigkeit von Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Präventionskonzept auch als ernst zu nehmende Einsparmöglichkeit vermitteln

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, Ev. Landeskirche in Württemberg**

- Angebotsliste der Leistungen des BAD
- Mehr Aktivität BAD
- Systematische Erfassung der Protokolle
- Besserer Informationsfluss zwischen BAD-Zentren
- Besserer Informationsfluss zu Koordinator für Arbeitssicherheit
- Erfahrungsaustausch jährlich (mit Kollegen und BAD-Ärzten)

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, UEK**

- Sehr hohe Zufriedenheit
- Prüfung, ob Hygienebelehrung von BAD übernommen werden kann

**Befragung Koordinator für Arbeitssicherheit, SELK**

- In Gemeinden besteht kein Bedürfnis nach arbeitsmedizinischer Betreuung und sie ist auch nicht erwünscht

- Meist nur 1 Pfarrer mit freiwilligen Gemeindemitgliedern
- Nach Einschätzung des Koordinators für Arbeitssicherheit keine Verbesserung der Situation zu erzielen

**Frage 14: Informationsmaterialien der EFAS bzw. der BAD GmbH über arbeitsmedizinische Themen sind bekannt.**

1 Landeskirche „nein“ (Ev. Landeskirche Anhalts)

26 Landeskirchen „ja“

Die zur Verfügung gestellten Materialien werden gerne und ständig eingesetzt. Insbesondere die aktualisierten Broschüren der EFAS werden durchgängig sehr gelobt.

Bekannt sind alle aufgeführten Broschüren. Sie werden je nach Begehungsort entsprechend verteilt. Insgesamt nur positive Bemerkungen.

### **3.2 Ergebnisse Telefoninterviews Koordinatoren für Arbeitsmedizin**

Ev.-Luth. Kirche in Thüringen: Zum Zeitpunkt der Befragung kein zuständiger Koordinator/in für Arbeitsmedizin namentlich bekannt.

**Frage 1: Der zuständige Koordinator/die zuständige Koordinatorin für Arbeitssicherheit ist namentlich bekannt.**

Problemfälle entsprechend Befragung Seite 14

**Frage 2: Werden Sie über einen Wechsel des zuständigen Koordinators/der zuständigen Koordinatorin für Arbeitssicherheit informiert?**

Problemfälle entsprechend Befragung Seite 14

**Frage 3: Besteht zwischen Ihnen und dem/der Koordinator/in für Arbeitssicherheit ein regelmäßiger Informationsaustausch?**

Arbeitsmedizinische Stelle neu besetzt, deshalb noch kein Kontakt:  
Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Entspricht Befragung Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit

**Frage 4: Finden gemeinsame Aktivitäten statt?**

**Differierende Angaben:**

**Keine gemeinsame Aktivität:**

Ev. Landeskirche Anhalts; inzwischen hat 1 ASA-Sitzung stattgefunden.  
Brüder-Unität: Letzte Begehung 1999

**Sonst:** Entspricht Befragung Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit

**Frage 5: Es besteht eine Zuordnung der regionalen Zuständigkeiten der einzelnen BAD-Zentren für die betreuten Landeskirchen.**

Übereinstimmung Befragung Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit

**Frage 6: Den einzelnen BAD-Zentren sind die zu betreuenden Einrichtungen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs bekannt.**

14 Landeskirchen „ja“

**Probleme in:**

Ev. Landeskirche Anhalts
Ev. Landeskirche in Bayern (dezentral)
Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg (dezentral)
Ev. Kirche in Hessen und Nassau (Demand-System, keine Adressen)
Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck (Adressen nicht vollständig)
Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg (Adressen nicht vollständig, bes. Kindergärten)
Ev.-reformierte Kirche (im Süden)
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens (unvollständig)
Ev. Kirche von Westfalen (Kindergartenliste fehlt noch)

**Frage 7: Auf regionaler Ebene arbeiten die BAD-Ärzte/innen mit den Ortskräften für Arbeitssicherheit zusammen.**

<b>Keine Information</b>	
Ev. Landeskirche in Bayern	
<b>Keine Zusammenarbeit auf regionaler Ebene</b>	
<b>Übereinstimmend</b>	<b>Differierende Angabe</b>
Ev. Landeskirche Anhalts	Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
Ev. Landeskirche in Baden	Ev. Kirche in Hessen und Nassau
Ev.-luth. Kirche in Braunschweig	Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs
Ev. Kirche der Pfalz	Landeskirche Sachsens
UEK	
<b>Zusammenarbeit auf regionaler Ebene</b>	
Ev. Kirche im Rheinland	Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck
Nordelbische Ev.-Luth. Kirche	Lippische Landeskirche
Ev. Landeskirche in Württemberg	Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen
	Ev. Kirche von Westfalen

**Frage 8: In der Landeskirche finden gemeinsame Treffen der Ortskräfte für Arbeitssicherheit und der regional zuständigen BAD-Ärzte /Ärztinnen statt.**

Siehe Befragung Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit

**Frage 9: Die Landeskirche erhält Kenntnis (jährliche Dokumentation, Bericht o.ä.) über die in der Landeskirche erbrachten Leistungen.**

**Differierende Aussagen, da sehr unterschiedliche Verfahrensweisen**

Berichte direkt an Einrichtungen vor Ort, Berichte an kirchliche Verwaltungseinheiten, Berichte an Koordinator für Arbeitssicherheit.

18 Landeskirchen: Dokumentation erfolgt

<b>Keine Dokumentation</b>	Ev. Landeskirche Anhalts
	Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg
	Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
	Ev.-reformierte Kirche
<b>Probleme dezentral bekannt</b>	Ev. Landeskirche in Bayern: in München Berichte; dezentral keine Dokumentation

**Frage 10: Wurden seitens der BAD GmbH arbeitsmedizinische Leistungen zurückgewiesen oder in Rechnung gestellt?**

21 Landeskirchen „nein“

Es wurde jedoch in vielen Fällen über große Probleme zu Kontingent/Budget-Fragen in der Vergangenheit berichtet.

Um ein ausreichend hohes Budget für G 42 zu bekommen, musste aktiver Einsatz gezeigt werden. Inzwischen soll die Problemabwicklung über Dr. med. Gülden erfolgen.

Bremische Evang. Kirche: Da über 100 Kita-Angestellte versorgt werden müssen, ist das Budget für G 42 zu knapp.

Ev. Landeskirche in Württemberg: Vereinzelt dezentral Probleme

**Frage 11: Bei Anmeldung eines Beratungsbedarfs erfolgt die Beratung durch den Betriebsarzt/die Betriebsärztin zeitnah.**

Keine Beantwortung der Frage möglich, da bisher kein Bedarf angemeldet:

Ev. Landeskirche Anhalts, Brüder-Unität, Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Alle anderen „ja“

Ev.-reformierte Kirche: Bei dezentralen Problemen werden offiziell nicht zuständige BAD-Zentren eingebunden.

Ev.-Luth.Landeskirche Mecklenburgs: Sprechstunde für Problemfälle eingerichtet.

**Frage 12: Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit dem Koordinator/der Koordinatorin für Arbeitssicherheit ein?**

Bewertung	Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Keine Aussage
Arbeitssicherheit	4	12	1	4		5
Arbeitsmedizin	4	13	3			3

**Frage 13: Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden?**

**Ev. Landeskirche Anhalts:**

- Kontaktaufnahme

**Ev. Landeskirche in Baden:**

- Anspruch seitens der Landeskirche ist hoch; das Demand-System ist ärztlicherseits verinnerlicht. Keine Verbesserung nötig.

**Ev.-Luth. Kirche in Bayern:**

- Dezentral bessere Information, Adressmaterial und Information über Struktur der zu betreuenden Einrichtung
- Standards für kleine Gemeinden erarbeiten: z.B. zentrales Meeting

**Brüder-Unität:**

- 2,5 Stunden/anno, wenig Gestaltungsspielraum
- G 37 wieder fällig

**Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg:**

- EDV-verwertbares Datenmaterial
- Informationsfluss innerhalb der Kirche fördern
- Wertigkeit präventiver Gesundheitsschutz muss steigen
- Standards für Betreuung der Kleinstbetriebe entwickeln (hoher Zeitbedarf)

**Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig:**

- Gemeinsame Begehungen Kindertagesstätten
- Einzelgemeinden nach Demand-System versorgen

**Ev.-luth. Landeskirche Hannovers:**

- Verbesserung dezentrale Regionen
- Gute Entwicklung

**Bremische Evang. Kirche:**

- Diskrepanz zwischen Anspruch und Zeitschiene der Durchführung optimieren, sonst keine Verbesserungswünsche

**Ev. Kirche in Hessen und Nassau:**

- Adresslisten, EDV-verwertbar
- Arbeitsmedizinische Standards erarbeiten
- Vernetzung der Information über Begehungen
- Intensiverer Kontakt mit Sicherheitsfachkräften erwünscht
- Psychosoziale Themen als Schwerpunkt
- **Informationsmaterial zu Untersuchung Mutterschutz selbst erarbeitet, liegt vor**

**Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck:**

- Mehr Info an kirchliche Führungsebene
- Begehung Landeskirchenamt einplanen
- Kirchenleitung sollte die ASA-Sitzungen ernst nehmen
- Wertigkeit präventiver Gesundheitsschutz verbessern

**Lippische Landeskirche:**

Kleine, übersichtliche Kirche, keine Probleme

**Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburgs:**

- Angemeldete Mängel beseitigen
- Probleme der Finanzierung klären

**Nordelbische Ev.-Luth. Kirche:**

- Kommunikation weiter verbessern
- Psychosoziale Themen, Konfliktmanagement weiter ausbauen
- Internetforum erstellen
- Regelmäßigere Treffen mit Arbeitssicherheit

**Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg:**

Zusammenarbeit startet erst, gute Entwicklung erhofft

**Ev. Kirche der Pfalz:**

- Standards für Kindertagesstätten
- Informationen aus ASA umsetzen
- Zeitnah umsetzen
- Gesamtkosten Hepatitis-Impfung in Rahmenvertrag nehmen

**Pommersche Ev. Kirche:**

- Keine Verbesserungswünsche

**Ev.-reformierte Kirche:**

- Mehr Kontakt mit Arbeitssicherheit
- Adresskataster

**Ev. Kirche im Rheinland:**

- Datenerfassung vervollständigen (SAP-geeignet)
- Höheren Bekanntheitsgrad anstreben
- Persönlich bekannt und vor Ort sein
- Zugehen auf kirchliche Gremien (z.B. Mitarbeitervertretungen)
- Bestehende Vorgehensweisen ausbauen wie:
  - o Fax oder Mail für Planung, Probleme und Fragen für Zeitraum des folgenden Jahres
  - o Aktivität, auch wenn Einrichtung nicht zum eigenen Einzugsgebiet gehört
  - o Seminare zu folgenden Themen: Infektionsschutz, Mutterschutz
  - o Seminare für Kindergartenleiterinnen, Presbyterien

**Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens:**

- Personell unterbesetzt
- Budget zu gering
- Untersuchungsmedizin organisierbar, mehr nicht

**Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe:**

- Dezentrale Probleme lösen
- Sonst gute Entwicklung im Gang



**Ev. Kirche der Kirchenprovinz Sachsen:**

- Information muss in den Gemeinden ankommen
- Pastore besser einbeziehen

**Ev. Kirche der schlesischen Oberlausitz:**

- Zufrieden
- Gute Absprachen

**Ev.-Luth. Kirche in Thüringen:**

Stelle nicht besetzt.

**Ev. Kirche von Westfalen:**

- Entwicklung zur flächendeckenden Betreuung
- Zu häufige personelle Wechsel dezentral sind problematisch

**Ev. Landeskirche in Württemberg:**

- Häufigerer Austausch
- Entwicklung ist bereits gut in Gang gekommen
- Problem Kirchengemeinden (bisher nur Demand-System)
- Standards für zentrale Betreuung von Gemeinden entwickeln

**UEK:**

- Gute Lösung der Versorgung gefunden.
- Dezentrale Regionen werden über Hannover betreut.

**SELK:**

- Möglichkeit der Zusammenarbeit überprüfen

**Frage 14: Informationsmaterialien der EFAS bzw. der BAD GmbH über arbeitsmedizinische Themen sind bekannt.**

Ev. Landeskirche Anhalts: „nein“

Alle übrigen: „ja“

### 3.3 Vergleichende Bewertung

**Frage 1: Der zuständige Koordinator/die zuständige Koordinatorin für Arbeitsmedizin ist namentlich bekannt.**

**Frage 2: Werden Sie über einen Wechsel des zuständigen Koordinators/der zuständigen Koordinatorin für Arbeitsmedizin informiert?**

Die zuständigen Koordinatoren arbeiten mehr oder weniger regelmäßig zusammen, deshalb sind Frage 1 und 2 positiv beantwortet. Für die Landeskirche Anhalts gehe ich davon aus, dass seit der Befragung bereits Kontakt stattgefunden hat.

**Frage 3: Besteht zwischen Ihnen und dem zuständigen Koordinator/der zuständigen Koordinatorin für Arbeitsmedizin ein regelmäßiger Informationsaustausch (z.B. Absprachen, Treffen usw.)?**

Unterschiede in der Intensität der Zusammenarbeit sind anhand der Anlässe von gemeinsamem Arbeiten deutlich geworden.

In den 2 Gliedkirchen Brüder-Unität und SELK findet keine gemeinsame Aktivität statt. Das Gleiche gilt für die Landeskirche Anhalts.

Nur zu den Arbeitsschutzausschusssitzungen treffen sich die Koordinatoren von immerhin 5 Landeskirchen. Dies ist die minimale Voraussetzung für Kooperation. Der größte Anteil (10 Landeskirchen) trifft sich anlassbezogen bei Problemfällen, oder zu Begehungen und bei den Arbeitsschutzausschusssitzungen.

Zusätzlich dazu werden gemeinsame Informationsveranstaltungen organisiert in 6 Landeskirchen. Besonders aktiv mit zusätzlichen Fachtagungen heben sich die Ev. Kirche im Rheinland und die Nordelbische Ev.-Luth. Kirche hervor.

Insgesamt besteht in der überwiegenden Mehrzahl ein guter Austausch.

**Frage 5: Eine Zuordnung der regionalen Zuständigkeiten der einzelnen BAD-Zentren innerhalb der Landeskirche liegt vor und ist bekannt.**

**Frage 6: Den einzelnen BAD-Zentren sind die zu betreuenden Einrichtungen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches bekannt.**

Die Fragen beziehen sich auf die gegenseitige Bekanntheit der Zuordnung in der Fläche.

Außer den bekannten Problemen in der Landeskirche Anhalts sind nur für die weit in der Fläche verstreuten Gliedkirchen Brüder-Unität, Ev.-ref. Kirche und SELK die zuständigen BAD-Zentren nicht bekannt.

Zu Frage 5 wurde berichtet, dass diese Frage in der Vergangenheit insgesamt relevant gewesen sei, inzwischen jedoch im Allgemeinen behoben sei.

Aufgrund fehlender Adresskataster sind den einzelnen BAD-Zentren in mehreren Landeskirchen, zumindest in Teilbereichen, die Einrichtungen ihres Zuständigkeitsbereiches nicht bekannt.

Da eine Aktualisierung bei Neueinstellungen bisher mangelhaft funktioniert, sind einzelne Mitarbeiter, auch bei Bekanntheit der Einrichtung nicht erfasst.

Die Frage wurde von allen Koordinatoren für Arbeitssicherheit für in der Vergangenheit sehr relevant bewertet. Es wurde durch die Koordinatoren für Arbeitssi-

cherheit in der jüngsten Vergangenheit teilweise hohe Arbeitsintensität für die Klärung dieser Frage aufgewendet.

Entsprechende Verzeichnisse und Listen wurden den entsprechenden BAD-Zentren zur Verfügung gestellt. Trotzdem würden bei diesem Punkt immer wieder Probleme auftreten.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Daten teilweise nicht vollständig oder schon überholt sind.

**Frage 7: Auf regionaler Ebene arbeiten die BAD-Ärzte/Ärztinnen mit den Ortskräften für Arbeitssicherheit zusammen.**

**Frage 8: In der Landeskirche finden gemeinsame Treffen der Ortskräfte für Arbeitssicherheit und der regional zuständigen BAD-Ärzte/Ärztinnen statt.**

Soweit bei den Koordinatoren Kenntnis über eine Zusammenarbeit in der Region bekannt ist, werden für 8 Landeskirchen unterschiedliche Aussagen getroffen.

Es ist davon auszugehen, dass vermutlich mehr Zusammenarbeit auf regionaler Ebene stattfindet, als die jeweiligen Koordinatoren Kenntnis haben.

In 5 Landeskirchen findet übereinstimmend keine Zusammenarbeit statt.

Um eine bessere Vernetzung auf allen Ebenen der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Zusammenarbeit zu erzielen, werden Treffen der Ortskräfte und der BAD-Ärzte organisiert.

In 11 Landeskirchen sind diese Treffen fest geplant, oder werden bereits regelmäßig durchgeführt.

Diskutiert wurde mit einigen Koordinatoren für Arbeitssicherheit, ob eine Zusammenarbeit auf Regionalebene sinnvoll und überhaupt organisierbar sei.

Aufgrund knapp zugeteilter Zeiten sei es den Ortskräften häufig nicht möglich, auf Terminierung mit den Arbeitsmedizinern zu warten.

Es wird die Ansicht vertreten, dass ein Informationsfluss über Mängellisten in vielen Fällen ausreichen müsse.

**Frage 9: Die Landeskirche erhält Kenntnis (jährliche Dokumentation, Bericht o.ä.) über die in der Landeskirche erbrachten arbeitsmedizinischen Leistungen.**

In 11 Landeskirchen erfolgt eine Weitergabe der Dokumentation an den/die Koordinator/in für Arbeitssicherheit. Allerdings erfolgt bei Begehungen in den Regionen kein Informationsfluss hinsichtlich der Dokumentation.

Seitens der BAD-Ärzte wurde häufig berichtet, dass die Dokumentation in der jeweiligen Einrichtung hinterlassen wurde, oder an eine kirchliche Verwaltungsstelle geschickt wurde. Andererseits erfolgte eine Zusendung an die Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit in beträchtlicher Anzahl nur nach langem Drängen oder gar nicht (siehe auch Kommentar Seite 19).

Es gibt offensichtlich keine Richtlinie zur Erstellung und Weitergabe von Dokumentationen.

**Frage 10: Wurden seitens der BAD GmbH arbeitsmedizinische Leistungen zurückgewiesen oder in Rechnung gestellt?**

Die Aussagen zu Kontingent-Problemen differieren.

Für die Vergangenheit wurden übereinstimmend große Probleme eingeräumt.

Zum einen sei der Leistungskatalog nicht bekannt gewesen, so dass es Probleme mit Rechnungen von außervertraglichen Leistungen gab.

Darüber hinaus habe es noch keine Regelung im Fall von besonderem Bedarf, wie hohem Anteil an Diakoniestationen oder Kindergärten gegeben.

Übereinstimmend wird von harten Auseinandersetzungen oder über erfolgreiche Mittelbeschaffung berichtet. Inzwischen ist die Vorgehensweise bei Budgetbedarf klar geregelt (Information Dr. Gülden).

In den Interviews wurde diese Information in einigen Fällen recht kritisch aufgenommen (Nach dem Motto: Wir glauben erst, wenn wir es sehen.).

(Siehe auch Kommentar auf Seite 19 und 29).

**Frage 11: Bei Anmeldung eines Beratungsbedarfs erfolgt die Beratung durch den Betriebsarzt/die Betriebsärztin zeitnah.**

Die Koordinatoren/innen für Arbeitsmedizin schätzen durchgehend ihre Arbeitsweise als zeitnah ein, sofern überhaupt Problemfälle an sie herangetragen wurden.

Aus Sicht der Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit gibt es regelmäßig in 3 Landeskirchen Probleme, ansonsten nur in Einzelfällen.

**Frage 12: Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit dem BAD-Koordinator/der BAD-Koordinatorin für Arbeitsmedizin ein?  
Bewertungsmöglichkeit 6 Stufen von sehr gut bis ungenügend**

Von 18 bzw. 19 (also ca. 70 %) der 27 Koordinatoren wird die persönliche Zusammenarbeit mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet.

Die Bewertungen entsprechen sich in den meisten Fällen.

Befriedigende Zusammenarbeit in 1 bzw. 3 Fällen wurde mit mangelnder Aktivität und wenig Eigeninitiative bei den BAD-Ärzten begründet.

Von Seiten der Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit wurde in 4 Fällen mit nur „ausreichend“ bewertet, während von den Koordinatoren/innen für Arbeitsmedizin mit „gut“ bewertet wurde.

Grund für diese Differenz sind, aus dem Interview zu schließen, unterschiedliche Erwartungshaltungen.

Von den Arbeitsmedizinern ist in diesen Fällen die arbeitsmedizinische Tätigkeit nach dem „Demand-System“ verinnerlicht und auch für gut befunden, während von den Sicherheitsfachkräften aktives Sich-Einbringen erwartet wird.

Keine Aussage wurde von den Interviewpartnern gemacht, die bisher zu wenig Möglichkeit hatten, sich ein Urteil zu bilden oder aus persönlichen Gründen keine Aussage treffen wollten.

Insgesamt kann die Zusammenarbeit als „gut“ bezeichnet werden.

### **Frage 13: Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden?**

#### **3.3.1 Zusammenarbeit Koordinatoren /innen für Arbeitssicherheit und Koordinatoren /innen für Arbeitsmedizin**

Von allen Interview-Partnern/innen wurde der Wunsch nach Verbesserung der Zusammenarbeit geäußert. Wobei, je nach Grad der schon ausgeübten Zusammenarbeit, die Aussagen von Kontaktaufnahme bis Optimierung des guten Verhältnisses variierten.

Intensiverer Erfahrungsaustausch zwischen koordinierenden Ärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sowie Verbesserung der Kontakte untereinander sind für alle Beteiligten eine erstrebenswerte Arbeitsbasis.

Wo derzeit noch nicht regelmäßig üblich, werden von beiden Seiten mehr gemeinsame Begehungen gewünscht.

Gleichzeitige Qualitätsverbesserung über Rückkopplungseffekte und Informationsverbesserung stellt die Weitergabe der Begehungsprotokolle und Dokumentation an die Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit dar.

Diese Information wird von vielen Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit als besonders wichtig eingestuft.

Die Einbindung dezentraler Regionen in die koordinierende Arbeit wird als dringend notwendig angesehen.

Informationsweitergabe aus den Regionen sowohl arbeitsmedizinischen als auch sicherheitstechnischen Inhalts dient der Verbesserung der Versorgung.

Insgesamt ist eine bessere Vernetzung als Grundlage für zufriedenstellende Zusammenarbeit erwünscht.

#### **3.3.2 Informationsfluss**

Für die unterschiedlichsten Arbeitsebenen wurde die Verbesserung des Informationsflusses gefordert:

Nach Häufigkeit der Nennung geordnet:

- Information direkt an Mitarbeiter (kommt derzeit oft nicht dort an!)
- Information BAD an Arbeitssicherheit
- Information an kirchliche Leitungsebenen
- Information an Kirchenvorstände
- Information BAD-Zentren untereinander
- Information aus dezentralen Regionen
- Vernetzung über zentrale Informationsschreiben
- Vernetzung über Internetforum

Der Informationsfluss an sich sei gut, insbesondere bei dem Versuch, die Mitarbeiter zu informieren, jedoch blieben die Informationen auf verschiedensten Ebenen stecken und kämen so nicht beim Mitarbeiter an (z.B. Pfarrämter, Verwaltungsebene).

### **3.3.3 Datenmaterial**

Bei der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH wird das EDV-System der Firma SAP verwendet. Für eine adäquate Datenerfassung und Überwachung der Betreuungsleistung ist eine umfassende Zurverfügungstellung EDV-verwertbaren Basisdatenmaterials notwendig.

Wie in den Befragungen deutlich wurde, ist zwar schon eine deutliche Verbesserung des Adressmaterials erfolgt, jedoch liegt in vielen Landeskirchen deutlicher Handlungsbedarf an.

Eine zentralorganisierte Lösung sollte dringend erwogen werden.

Die Koordinatoren /innen für Arbeitssicherheit fühlen sich in vielen Fällen durch die Kompletterfassung aller Daten überfordert.

Eine Lösung für regelmäßiges Daten-Update muss gefunden werden

Gefordert wurde eine zentrale Sammlung von Daten- und Informationssammlung von Schadensfällen und die Erarbeitung von entsprechenden Handlungsleitfäden.

### **3.3.4 Wertigkeit von Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin in der Kirche**

Es wurde der dringende Wunsch nach mehr Unterstützung seitens der kirchlichen Führungsebenen geäußert. Einige Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit müssen die koordinatorische Arbeit mit einem geringen Bruchteil ihrer Arbeitszeit, „fast nebenher“, verrichten.

Neben der Anerkennung ihrer Leistung in Form von anerkannter Arbeitszeit, fehlt vielen Mitarbeitern bei ihren Vorgesetzten das Verständnis für die Wichtigkeit ihres Einsatzes.

Dies kann nicht motivationsförderlich sein.

Nur 2 Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit berichten, dass die kirchliche Führungsebene voll hinter ihnen steht. Entsprechen gut ist die Einsatzbereitschaft und das Ergebnis der Gesamtbetreuung.

Die Förderung der Akzeptanz von Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin wird als wichtige Voraussetzung für effektive Arbeit angesehen.

Ob Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin „gelebt“ werden kann, hängt zu einem hohen Grad davon ab, wie ernst die Themen genommen werden. In diesem Punkt werden große Defizite wahrgenommen.

Auch die Ergebnisse der Arbeitsschutzausschusssitzungen (ASA) werden von einigen Teilnehmern, (auch BAD-Ärzten) als nicht befriedigend gewertet.

So werden Informationen nicht weitergegeben oder festgestellte Mängel nicht beseitigt.

Gleichzeitig wird der Anspruch an die BAD-Ärzte seitens einiger Landeskirchen bei Problemfällen, Begutachtungen oder der zeitlichen Umsetzung als hoch eingestuft.

### **3.3.5 Qualitätsverbesserung der Betreuungsleistung durch den BAD**

Als besonders verbesserungswürdig wird von Seiten der Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit das teilweise gelebte „On-Demand-System“ angesehen.

Das bedeutet, dass arbeitsmedizinische Leistung nur dann erbracht wird, wenn sie konkret eingefordert wird. In 11 Fällen wird eine deutliche Verbesserung der Eigeninitiative seitens der BAD-Ärzte gefordert. Damit verbunden wird höhere Aktivität gewünscht.

Zusammenarbeit ist nur dann erfolgreich, wenn beim Partner ein entsprechend gleichwertiges Motivationsniveau angetroffen wird. Von beiden Seiten ist hier Optimierung angestrebt.

Wie aus der Auswertung zu entnehmen ist, sind in einigen Regionen personelle Besetzungsschwierigkeiten oder Unterbesetzung seitens BAD. Adäquate Einsatzzeiten und Budget-Zuteilung sind in wenigen Fällen nicht erreicht.

Ein großes Problem stellt die Betreuung der kleinstrukturigen Einrichtungen in der Fläche dar.

Zu diesem Problem sollen Lösungsansätze entwickelt werden.

Standards zu entwickeln, um einrichtungsspezifisch eine effektive arbeitsmedizinische Betreuung zu gewährleisten, ist ein oft geäußerter Wunsch.

Dies ist nicht als Neuerfindung der bestehenden gesetzlichen Regelungen zu betrachten. Vielmehr wird der Wunsch nach einheitlichem Vorgehen und klaren Regelungen geäußert.

Die bestehenden Regelungen schreiben nicht explizit vor, worauf beispielsweise bei einer Begehung der Kindertagesstätte unbedingt geachtet werden muss oder wie eine Ergonomieberatung am Arbeitsplatz vorgenommen wird.

Ebenso wird die Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Betreuung in der Fläche als Schwerpunktthema genannt.

Dokumentation und ihre Weitergabe sind, wie eingestanden wurde, nicht durchgängig üblich. Insbesondere dezentral wird Handlungsbedarf zugestanden.

Hilfreich wäre der Einsatz der bereits vorhandenen Checklisten.

Voraussehende Planung von Aktivitäten erleichtern die Zusammenarbeit.

Höhere Transparenz hinsichtlich Leistungserbringung und Kosten wird von den Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit als wichtiger Faktor zur Vertrauensbildung und Vermittlung der Wertigkeit von arbeitsmedizinischen Themen angesehen.

Zeitgemäße Themen der Arbeitsmedizin verstärkt einzubringen, wie z.B. psychosoziale Problematiken, sind zukunftsorientierte Ansätze.

### **3.3.6 Verbesserung der Betreuungsarbeit der Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit**

In Eigenkritik wurde in einigen Fällen die eigene mangelnde Initiative genannt. Die komplette Erfassung des Adressmaterials in EDV-verwertbarer Form steht bei einigen noch aus.

**Frage 14: Informationsmaterialien der EFAS bzw. der BAD GmbH über arbeitsmedizinische Themen sind bekannt.**

Die zur Verfügung gestellten Materialien werden gerne und ständig eingesetzt. Insbesondere die aktualisierten Broschüren der EFAS werden durchgängig sehr gelobt.

Bekannt sind alle aufgeführten Broschüren. Sie werden je nach Begehungsort entsprechend verteilt. Insgesamt nur positive Bemerkungen



### **3.4 Verbesserungsmöglichkeiten**

#### **3.4.1 Zusammenarbeit**

Hinsichtlich der Intensität der Zusammenarbeit zwischen koordinierend tätigen Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmedizinern bestehen erhebliche Unterschiede.

Insgesamt besteht in der Mehrzahl reger Austausch.

Als „Models of best practice“ sollten die in dieser Hinsicht besonders aktiven Landeskirchen, die Ev. Kirche im Rheinland und die Nordelbische Ev.-Luth. Kirche, Vorbildfunktion haben.

Für kleinere Gliedkirchen mit problematischer Struktur sollten individuelle Möglichkeiten der Zusammenarbeit erörtert werden. Hierzu ist der Aufwand der Kontaktaufnahme zu treiben.

#### **3.4.2 Zuständigkeit der BAD-Zentren, Daten der Einrichtungen**

Dringend muss die vollständige Aufarbeitung der Adressdaten in Form von EDV-verwertbarem Basismaterial durch den Auftraggeber erfolgen.

Quantitativ vollständige Betreuung kann nur erwartet werden, wenn diese Grundlagenarbeit geleistet ist.

Ohne genaue Information über die zu betreuende Einrichtung, die Mitarbeiteranzahl und entsprechend aktuelle Updates ist eine vollumfängliche Betreuung nicht zu erwarten.

Trotz großen Aufwands einiger Koordinatoren für Arbeitssicherheit hinsichtlich der Erarbeitung von Adresskatastern gibt es erhebliche Probleme.

Eine zentrale Aufarbeitung pro Landeskirche sollte gerade in den Landeskirchen, in denen nur eine sehr begrenzte Zeitaufwendung für Koordinatoren/innen für Arbeitssicherheit gewährt wird, erfolgen.

#### **3.4.3 Regionale Zusammenarbeit**

Um die Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auch regional zu vermitteln ist eine bessere Kommunikations- und Informationsstruktur aufzubauen. Gerade dezentral ist die Betreuung von landeskirchlichen Einrichtungen eine Tätigkeit unter vielen. Der Gesamtzusammenhang kann von dezentral wirkenden Ärzten eines BAD-Zentrums häufig nicht wahrgenommen werden. Personelle Wechsel verhindern ein planvolles arbeitsmedizinisches Handeln mit Perspektiven über mehrere Jahre. Für eine horizontale Vernetzung ist die Einbeziehung der Ortskräfte für Arbeitssicherheit relevant.

Besonders empfehlenswert sind gemeinsame Erstbegehungen von Einrichtungen. Darüber hinaus muss eine vertikale Vernetzung mit den Koordinatoren erfolgen. Der Informationsfluss kann über Kurzberichte in festgelegten Zeitabschnitten erfolgen.

Bereits in Entwicklung sind regelmäßige Treffen. Ich halte diese Treffen für außerordentlich wichtig im Hinblick auf die Gesamtverbesserung der Betreuungsstruktur.

Auch seitens der Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollte diese Möglichkeit der Kooperation, trotz Schwierigkeiten bei Terminierungen, unbedingt als wichtiger Faktor zur Verbesserung der Akzeptanz vor Ort erkannt werden.

#### **3.4.4 Dokumentation**

In vielen Fällen wird seitens der Arbeitsmediziner nur die ärztliche Dokumentationspflicht wahrgenommen.

Begehungsprotokolle, Ausfüllen von Checklisten ist bei gemeinsamen Begehungen Aufgabe der Sicherheitsfachkräfte.

Der dringend notwendige Austausch von Information über Begehungen und Problemfälle findet in einem wesentlichen Anteil der Landeskirchen nicht statt. Dieser berechtigte und eklatante Anlass für Ärger sollte baldmöglichst bereinigt werden.

Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass arbeitsmedizinische Begehungen und sicherheitstechnische Begehungen unterschiedliche Aspekte des Arbeitsplatzes beleuchten, ist ein gegenseitiger Austausch unumgänglich.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist nur durch Aufarbeitung der Mängel und regelmäßige Kontrolle möglich. Diese Form der gegenseitigen Rückkopplung darf nicht aufgegeben werden.

Die durch Dr. med. Gülden erarbeiteten Checklisten sind von hoher Qualität.

Eine Verpflichtung, sie zu nutzen, sollte für alle BAD-Ärzte, die in das landeskirchliche Konzept einbezogen sind, angeordnet werden.

Eine Richtlinie zur Erstellung und Weitergabe von Protokollen/Dokumentationen ist für eine optimierte Zusammenarbeit Voraussetzung.

Ob es sinnvoll ist, die gesamte Dokumentation an die koordinierenden Ärzte und Sicherheitsfachkräfte weiterzugeben, oder ob eine Weitergabe auf vertikaler Ebene ausreicht, ist zu diskutieren.

Eine Überbürokratisierung ist auf jeden Fall zu vermeiden.

#### **3.4.5 Kontingentproblem**

Das Grundproblem ist meiner Information nach gelöst durch klare Regelung und Klärung von Zuständigkeiten. Es steht die Bewährung in der Praxis aus. Nachdenklich stimmen die vielen kritischen Äußerungen von den koordinierend tätigen BAD-Mitarbeitern und Sicherheitsfachkräften.

Viel Energie und Kraft wurde für den „Kampf um das Budget“ aufgewendet.

Insbesondere für den Laien widersprüchliche Aussagen zur Übernahme, wie zum Beispiel von Impfungen, aber nicht den Kosten für Impfstoff oder Titerbestimmung, sind zu überdenken.

Klare Regelungen für den Bereich der Diakonie und die Kindertagesstätten sind zu treffen und zu vermitteln.

Besonders für betreuungsaufwändige Einrichtungen ist ein entsprechend hohes Kontingent zur Verfügung zu stellen.

Eine Berechnung nach Mitarbeiteranzahl als Verteilungsschlüssel erscheint nicht adäquat. Nach meiner Information sind diese Überlegungen bereits in den neuen Rahmenvertrag eingeflossen.

In einigen Landeskirchen (definitiv laut Aussagen in den Fragebögen) sind externe Anbieter tätig. Hier muss dringend Information der Einrichtungen erfolgen.

### 3.4.6 Zeitnahe Betreuung

Diese Einschätzung erfolgt subjektiv. Seitens der BAD-Ärzte als Dienstleister wird zeitnahe Leistungserbringung offensichtlich im Unterschied zu den zu betreuenden Einrichtungen als problemlos empfunden.

Bezieht man die Ergebnisse der Fragebogenaktion sowie die Bewertung der Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit ein, so ist eine deutliche Verbesserung im Bereich „zeitnahe Versorgung“ anzustreben.

Insbesondere bei akuten Problemfällen sollte eine flexible und auch für den Klienten als zeitnah erlebte Handlungsweise erzielt werden.

Im Synthese-Bericht der BGW ist die aufwändige Planung der Terminierung als negativer Zeitfaktor aufgeführt.

Jährliche Absprachen zur Planung der gesamten Betreuungsleistung in Kombination mit frühzeitiger Information vor Ort sowie eine in der weiteren Entwicklung regelmäßige Betreuungsarbeit sind unabdingbare Faktoren zur Verbesserung der Zufriedenheit.

### 3.4.7 Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Überwiegend wird die Zusammenarbeit im guten und sehr guten Bereich erlebt. Sehr positiv sind die guten persönlichen Beziehungen und die gemeinsame Motivation, gute Arbeit vor Ort zu leisten und das bestehende System zu verbessern, zu bewerten.

Schwierig ist es in den Konstellationen, in denen seitens der Arbeitsmediziner wenig Bereitschaft gezeigt wird, von sich selbst aus aktiv zu werden.

Wer das „On-Demand-System“ verinnerlicht hat, wird mit seiner eigenen Leistung immer zufrieden sein. Eine qualitativ gute Arbeitsmedizin ist mit einer solchen Einstellung nicht zu erreichen. Anscheinend war bisher für kleine Einrichtungen ein „On-Demand-System“ vorgesehen. Hier sind bereits Änderungsprozesse im Gang. Von der überwiegenden Mehrheit der koordinierenden BAD-Ärzte wird der Rückzug in Initiativlosigkeit mit Begründung „On-Demand-System“ für kontraproduktiv befunden.

Deutliche Klärung der Erwartungshaltung seitens des Auftraggebers hin zu mehr Aktivität bei einigen BAD-Ärzten muss herbeigeführt werden.

### 3.4.8 Verbesserungsvorschläge durch Interviewpartner

Über die unter 3.4.1 bis 3.4.8 aufgeführten Vorschläge wurden einige wichtige Handlungsfelder von den Interviewpartnern angesprochen.

- **Steuerung des Informationsflusses, so dass er beim Mitarbeiter ankommt**
- **Informationsfluss an kirchliche Gremien**
- **Informationsfluss an kirchliche Leitungsebenen**

Nur wenn in den steuernden Ebenen die Wichtigkeit der Information erkannt wird, ist sichergestellt, dass die Information auch weitergegeben wird.

Insbesondere von Kirchenvorständen als Arbeitgebern kann nicht selbstverständlich erwartet werden, dass Arbeits- und Gesundheitsschutz akzeptiert ist. Aus den

Bemerkungen auf einigen Fragebögen ist zu entnehmen, dass auch von kirchlichen Verwaltungsebenen und Pastoren nicht viel Verständnis zu erwarten ist. Das persönliche Zugehen auf diese Ebenen wird von einigen Arbeitsmedizinern als Entwicklungsarbeit bereits durchgeführt.

Die direkte Übermittlung von Information an einzelne Einrichtungen ohne Verteilung über Zwischenstationen, wie auch im Synthese-Bericht der BGW gefordert, wäre sinnvoll.

### **3.4.9 Wertigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz in der EKD**

Ohne Rückendeckung von der Vorgesetzten Seite, sowohl im ideellen als auch im finanziellen Bereich, ist eine gute Arbeit im Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht möglich.

Die bei den Gesprächen spürbare Freude und Intensität, mit der die Tätigkeit ausgeübt wird, wird nicht in allen Fällen seitens der Führungsebene positiv unterstützt. Ortskräfte sind Grundvoraussetzung für ein funktionierendes System.

Dass sich die Investition lohnt, eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik zu betreiben, muss der Führungsebene gerade in Zeiten der Steuereinbrüche und Einsparmaßnahmen klar gemacht werden.

Wenn die Beschlüsse einer Arbeitsschutzausschusssitzung nicht umgesetzt werden oder Mängellisten nicht aufgearbeitet werden, liegt das nicht unbedingt an fehlendem finanziellen Spielraum, sondern meist in der bewussten oder unbewussten Missachtung der Forderung.

Eine solche Grundeinstellung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz führt zu einer Demotivation aller Beteiligten und zusätzlich zu erheblichen Mehrkosten in der Zukunft.

Jeder Arbeitgeber ist gut beraten, die Anregungen der Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner ernst zu nehmen.

## 4. Auswertung Fragebögen

### 4.1 Ergebnisse

#### 4.1.1 Rücklauf

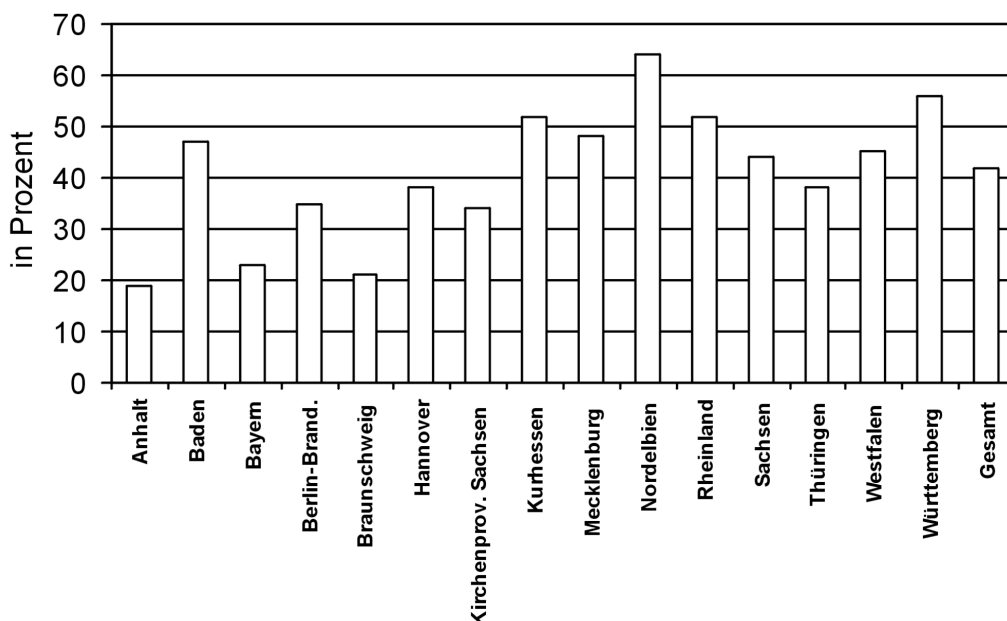
**Rücklauf der Fragebögen in Bezug auf die Landeskirchen und die angeschriebene Anzahl Einrichtungen:**

Landeskirche	Anzahl Einrichtungen	Rücklauf	%
Anhalt	33	26	78 %
Baden	97	32	32 %
Bayern	271	779	
Berlin-Brandenburg	259	99	38 %
Braunschweig	73	61	83 %
Bremen	13	5	38 %
Hannover	278	166	59 %
Hessen/Nassau	208	8	0
Kirchenprovinz Sachsen	251	92	36 %
Kurhessen-Waldeck	169	66	39 %
Lippe	13	9	69 %
Mecklenburg	59	29	49 %
Nordelbien	114	45	39 %
Oldenburg	22	11	50 %
Pfalz	76	1	0
Pommern	49	11	22 %
Reformierte Kirche	25	0	0
Rheinland	146	58	39 %
Sachsen	164	85	51 %
Schaumburg-Lippe	4	2	50 %
Schlesische Oberlausitz	13	0	0
Thüringen	246	79	32 %
Westfalen	115	56	49 %
Württemberg	266	103	42 %
Brüder-Unität	3	0	0
SELK	33	13	39 %
<b>Gesamt</b>	<b>3000 (Adressmaterial 2500)</b>	<b>1878 1099 (ohne Bayern)</b>	<b>44 %</b>

#### 4.1.2 Betreuung der Landeskirchen (Fragebogen Frage 3)

<b>Landeskirche</b>	<b>betreut</b>	<b>nicht betreut</b>	<b>% betreut</b>
Anhalt	5	21	19 %
Baden	15	17	47 %
Bayern	181	598	23 %
Berlin- Brandenburg	34	65	35 %
Braunschweig	13	48	21 %
Bremen	4	1	
Hannover	63	103	38 %
Hessen/Nassau	4	4	
Kirchenprovinz Sachsen	31	61	34 %
Kurhessen- Waldeck	34	32	52 %
Lippe	7	2	
Mecklenburg	14	15	48 %
Nordelbien	29	16	64 %
Oldenburg	7	4	
Pfalz		1	
Pommern	6	5	
Reformierte Kir- che	0	0	0
Rheinland	30	28	52 %
Sachsen	41	48	44 %
Schaumburg-Lippe	2		
Schlesische Ober- lausitz	0	0	
Thüringen	30	49	38 %
Westfalen	30	36	45 %
Württemberg	58	45	56 %
Brüder-Unität	0	0	0
SELK	0	13	0
<b>Gesamt (ohne Bayern)</b>	<b>457</b>	<b>614</b>	<b>42,6 %</b>

**Betreuung der Landeskirchen grafisch dargestellt:**



**4.1.3 Betreuungsgrad pro Art der Einrichtung (Fragebogen Frage 3/14)**

**Kige = Kirchengemeinde**

**Kita = Kindertagesstätte**

**Dia = Diakonie**

**Verw = Verwaltungen**

Landeskirchen unter 10 Rücksendungen werden in dieser Auflistung nicht eingerechnet, da statistisch zu geringe Anzahl, um aussagefähig zu sein.

Landeskirche	Kige	Kita	Dia	Verw
<b>Gesamt (ohne Bayern)</b>	<b>25 %</b>	<b>49 %</b>	<b>97 %</b>	<b>70 %</b>
Anhalt	7 %	43 %	-	-
Baden	20 %	40 %	100 %	100 %
Bayern	21 %	30 %	80 %	22 %
Berlin-Brandenburg	11 %	52 %	50 %	33 %
Braunschweig	0	31 %	100 %	100 %
Hannover	10 %	43 %	100 %	93 %
Kirchenprovinz Sachsen	16 %	44 %	100 %	80 %
Kurhessen-Waldeck	23 %	33 %	100 %	89 %
Mecklenburg	10 %	75 %	100 %	60 %
Nordelbien	48 %	80 %	100 %	100 %
Rheinland	57 %	73 %	100 %	75 %
Sachsen	16 %	75 %	100 %	46 %
Thüringen	22 %	61 %	100 %	50 %
Württemberg	37 %	37 %	100 %	72 %
Westfalen	31 %	20 %	100 %	88 %
Friedhöfe	44 %			

<b>Landeskirche</b>	<b>Kige</b>	<b>Kita</b>	<b>Dia</b>	<b>Verw</b>
Sonstige(Beratungsstellen, Heime etc.)	36 %			
Keine Angabe zur Einrichtung	21 %			

#### 4.1.4 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Landeskirchen (Fragebogen Frage 1)

4 = sehr wichtig; 3 = wichtig; 2 = weniger wichtig; 1 =unwichtig

##### Wichtigkeit:

<b>Landeskirche</b>	<b>Mittelwert</b>
Anhalt	3,4
Baden	3,6
Bayern	3,3
Berlin-Brandenburg	3,4
Braunschweig	3,6
Bremen	3,6
Hannover	3,5
Hessen/Nassau	3,4
Kirchenprovinz Sachsen	3,5
Kurhessen-Waldeck	3,4
Lippe	3,3
Mecklenburg	3,7
Nordelbien	3,6
Oldenburg	3,4
Pfalz	
Pommern	3,5
Reformierte	
Rheinland	3,5
Sachsen	3,4
Schaumburg-Lippe	3,5
Thüringen	3,5
Westfalen	3,5
Württemberg	3,5
Brüder-Unität	
SELK	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>3,4</b>



#### 4.1.5 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Einrichtungen (Fragebogen Frage 1/14)

Kige	Kita	Dia	Verw	Friedh	Sonst	k. A.
3,3	3,6	3,7	3,5	3,3	3,5	3,0

#### 4.1.6 Positive Aspekte der arbeitsmedizinischen Betreuung (Fragebogen Frage 2)

Prävention	1559
Kompetente Ansprechpartner arbeits- und sicherheitstechn. Probleme	910
Kompetente Ansprechpartner gesundheitl. Probleme	760
Fehlzeitenreduzierung	734
Psychosoz. Probleme	540
Finanzielle Einspareffekte durch Gesundheitsmanagement	253
Keine positiven Aspekte	103

#### 4.1.7 Bekanntheit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH (Fragebogen Frage 4)

Landeskirche	BAD bekannt	%
Anhalt	3	
Baden	13	87 %
Bayern	150	82 %
Berlin-Brandenburg	22	65 %
Braunschweig	12	92 %
Bremen	4	
Hannover	58	92 %
Hessen/Nassau	4	
Kirchenprovinz Sachsen	2	
Kurhessen-Waldeck	28	84 %
Lippe	6	
Mecklenburg	10	76 %
Nordelbien	24	83 %
Oldenburg	7	
Pommern	6	
Rheinland	26	87 %
Sachsen	34	81 %
Schaumburg-Lippe	2	
Thüringen	25	86 %
Westfalen	15	79 %
Württemberg	47	82 %
<b>Gesamt</b>	<b>525</b>	<b>83 %</b>

#### 4.1.8 Bekanntheit Betreuungskatalog (Fragebogen Frage 5)

Landeskirche	bekannt	%
Anhalt	3	
Baden	7	
Bayern	57	42 %
Berlin-Brandenburg	9	
Braunschweig	9	
Bremen	3	
Hannover	32	50 %
Hessen/Nassau	4	
Kirchenprovinz Sachsen	14	45 %
Kurhessen-Waldeck	24	70 %
Lippe	1	
Mecklenburg	5	
Nordelbien	18	62 %
Oldenburg	2	
Pommern	5	
Rheinland	18	77 %
Sachsen	15	47 %
Schaumburg-Lippe	1	
Thüringen	13	46 %
Westfalen	13	65 %
Württemberg	23	65 %
<b>Gesamt</b>	<b>281</b>	<b>44 %</b>

#### 4.1.9 Namentliche Bekanntheit des/der Betriebsarzt/ärztin (Fragebogen Frage 6)

Landeskirche	Namentlich bekannt	%
Anhalt	2	
Baden	10	66 %
Bayern	56	31 %
Berlin-Brandenburg	19	56 %
Braunschweig	11	92 %
Bremen	3	
Hannover	37	60 %
Hessen/Nassau	3	
Kirchenprovinz Sachsen	20	64 %
Kurhessen-Waldeck	24	70 %
Lippe	5	
Mecklenburg	7	50 %
Nordelbien	23	82 %
Oldenburg	5	
Pommern	5	
Rheinland	21	70 %
Sachsen	27	84 %

Landeskirche	Namentlich bekannt	%
Schaumburg-Lippe	2	
Thüringen	17	59 %
Westfalen	11	58 %
Württemberg	30	54 %
<b>Gesamt</b>	<b>344</b>	<b>55 %</b>

#### 4.1.10 Betreuungsleistung vor Ort (Fragebogen Frage 7)

##### 604 Einrichtungen: nein

Landeskirche	ja	%
Anhalt	3	
Baden	8	
Bayern	107	59 %
Berlin-Brandenburg	24	70 %
Braunschweig	8	
Bremen	3	
Hannover	45	71 %
Hessen/Nassau	2	
Kirchenprovinz Sachsen	18	58 %
Kurhessen-Waldeck	17	50 %
Lippe	6	
Mecklenburg	11	79 %
Nordelbien	15	54 %
Oldenburg	6	
Pommern	5	
Rheinland	18	58 %
Sachsen	19	45 %
Schaumburg-Lippe	1	
Thüringen	16	55 %
Westfalen	13	65 %
Württemberg	27	47 %
<b>Gesamt</b>	<b>378</b>	<b>59 %</b>

##### Betreuung vor Ort nach Art der Einrichtung differenziert:

	Kige	Kita	Diak	Verw	Friedh	Sonst
<b>ja</b>	3	120	51	72	5	12
<b>ja</b>	2,6 %	57 %	78 %	72 %	50 %	66 %

%-Anteil bezogen auf Anzahl Angaben bei Frage 7

#### 4.1.10.1 Untersuchungen (Fragebogen Frage 7.1)

G20	34
G25	28
G42	152
G35	10
G37	259
Jugendarbeitsschutzgesetz	11
H-Untersuchungen	27
Sonstige	57
Unbekannt, welche Untersuchungen	55

#### 4.1.10.2 Beratungen (Fragebogen Frage 7.2)

Pers. Schutzausrüstung	65
Erste Hilfe	177
Mutterschutz	50
Ergonomie	185
Bildschirmarbeitsplätze	240
Hygiene	192
Infektionsgefährdung	211
Sonstige Themen	78

#### 4.1.10.3 Informationsveranstaltungen (Fragebogen Frage 7.3)

Infektionsgefährdung	88
Lärm	12
Ergonomie	19
Heben und Tragen	39
Hautschutz	20
Bildschirmarbeit	36
Stressbelastung	20
Sonstige	22

#### 4.1.11 Dokumentation (Fragebogen Frage 8)

##### Dokumentation:

Landeskirche	ja	%
Anhalt	4	
Baden	7	22 %
Bayern	96	16 %
Berlin-Brandenburg	18	18 %
Braunschweig	9	14 %
Bremen	3	
Hannover	39	23 %
Hessen/Nassau	4	

<b>Landeskirche</b>	<b>ja</b>	<b>%</b>
Kirchenprovinz Sachsen	17	18 %
Kurhessen-Waldeck	20	30 %
Lippe	4	
Mecklenburg	12	70 %
Nordelbien	15	33 %
Oldenburg	4	
Pommern	4	
Rheinland	22	38 %
Sachsen	20	24 %
Schaumburg-Lippe	1	
Thüringen	18	23 %
Westfalen	11	20 %
Württemberg	35	31 %
<b>Gesamt (ohne Bayern)</b>	<b>273</b>	<b>25 %</b>

#### 4.1.12 Nicht-Erfüllung von Leistungen (Fragebogen Frage 9)

Insgesamt 26 Fälle gleichmäßig auf Landeskirchen und Einrichtungen verteilt.

#### 4.1.13 Zeitnahe Betreuung (Fragebogen Frage 10)

<b>Landeskirche</b>	<b>zeitnah</b>	<b>%</b>
Anhalt	2	
Baden	9	60 %
Bayern	56	31 %
Berlin-Brandenburg	8	24 %
Braunschweig	7	54 %
Bremen	0	0
Hannover	33	52 %
Hessen/Nassau	3	
Kirchenprovinz Sachsen	13	42 %
Kurhessen-Waldeck	16	49 %
Lippe	6	
Mecklenburg	8	57 %
Nordelbien	14	50 %
Oldenburg	4	
Pommern	4	
Rheinland	15	50 %
Sachsen	15	64 %
Schaumburg-Lippe	11	52 %
Thüringen	12	60 %
Westfalen	18	60 %
Württemberg	27	56 %
<b>Gesamt (ohne Bayern)</b>	<b>264</b>	<b>49 %</b>

270 Fälle nicht zeitnahe Erfüllung der Leistung

#### 4.1.14 Zufriedenheit (Fragebogen Frage 11)

**4 = sehr zufrieden**

**3 = mittelmäßig**

**2 = wenig**

**1 = gar nicht**

**0 = keine Angabe**

<b>Landeskirche</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>Mittelwert</b>
Anhalt	0	2	1	0	0	2,7
Baden	8	1	1	0	5	3,7
Bayern	19	37	15	12	67	2,8
Berlin- Brandenburg	5	12	3	5	9	2,7
Braunschweig	5	4	0	1	3	3,3
Bremen	0	2	1	0	0	2,8
Hannover	11	20	6	5	21	2,9
Hessen/Nassau	1	0	1	0	2	3,0
Kirchenprovinz Sachsen	5	8	5	3	10	2,7
Kurhessen- Waldeck	5	13	4	0	12	3,0
Lippe	2	4	1	0	0	2,9
Mecklenburg	5	6	0	1	2	3,2
Nordelbien	13	6	1	2	7	3,4
Oldenburg	0	4	4	0	1	3,2
Pommern	2	2	2	1	1	3,0
Rheinland	5	5	4	0	16	3,0
Sachsen	8	7	7	1	19	3,0
Schaumburg- Lippe	0	1	0	0	1	
Thüringen	6	9	4	2	8	2,9
Westfalen	6	7	6	1	6	3,6
Württemberg	18	14	7	1	18	3,2
<b>Gesamt (ohne Bayern)</b>	<b>129</b>	<b>166</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>244</b>	<b>2,9</b>

#### 4.1.15 Zufriedenheit nach Einrichtungen

<b>Zufriedenheit</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>Mittelwert</b>
Kirchengemeinde	31	50	15	11	114	2,9
Diakonie	26	27	2	2	8	3,4
Kindertagesstätte	26	49	37	16	85	2,6
Verwaltung	33	34	9	3	20	2,6
Friedhöfe	3	3	0	0	4	3,3
Sonstige	6	2	1	1	8	3,3
<b>Gesamt</b>	<b>129</b>	<b>169</b>	<b>66</b>	<b>33</b>	<b>244</b>	

#### 4.1.16 Freie Verbesserungsvorschläge

381 freie Einträge wurden ausgewertet und in Themengruppen zusammengefasst.

##### Information:

Betriebsärztliche Betreuung	52
Infomaterial für Ehrenamtliche aktualisieren	2

##### Bessere Öffentlichkeitsarbeit des BAD:

Bekanntheitsgrad steigern	15
Leistungskatalog veröffentlichen	10
Leistungskatalog nach Einsatzgebiet	5
Konkrete Angebote und Planung	9
Information bei Wechsel des Ansprechpartners	4
Transparenz der Leistungen	18
Internetpräsenz	2
Weniger Bürokratie	6

##### Zur Betreuungsarbeit vor Ort, allgemein:

Präsenz des Betriebsarztes vor Ort	61
Eigeninitiative ergreifen, nicht nur bei Problemen agieren	35
Regelmäßige Betreuung vor Ort	28
Höhere Einsatzzeiten für BAD-Ärzte	5
	16
Zeitnahe Betreuung	13
Mehr Zeit für einzelne Mitarbeiter	10
Ortsnahe Betreuung	7
Dokumentation überschaubar gestalten	5
Persönliches Zugehen auf Gremien	4
Überwachungsdateien besser pflegen	3
Verlässlichkeit beim Terminen	3
Weniger Perfektionismus im Unwesentlichen	2
Kontaktaufnahme	1

##### Betreuung vor Ort, spezielle Themen:

Hepatitis-Impfung für alle Kita-Mitarbeiter/innen (Kampf um Kosten!)	21
G37 als Untersuchung und einziges Angebot ist nicht ausreichend	8
Gesamtbild Belastung Mitarbeiter/in Kindertagesstätte analysieren	8
Ergonomieberatung erwünscht	5
Lärmmessungen durchführen	5
Höhere Fachkompetenz zu Themen wie Mutterschutz Infektionsschutz	4
Psychosoziale Themen einbringen, wie Umgang mit Mitarbeitern	2

## Informationsveranstaltungen/Fortbildungen

### Kindertagesstätten:

<b>Informationsveranstaltungen allg.</b>	14
Rückenschule	3
Lärmbelastung	5
Hepatitis-Impfung	12
Stress	2
Staubbelastung	1

### Diakoniestationen:

<b>Informationsveranstaltungen allgem.</b>	5
Hygiene	2
Stressbewältigung	2
Heben und Tragen	2

### Verwaltungen und Gemeinden: Informationsveranstaltungen allgem.: 13

<b>Informationsveranstaltungen allgem.</b>	13
Rückenschule	3
Strahlung am Bildschirmarbeitsplatz	2
Schadstoffe im Innenraum, Luftbelastung	4

### Fortbildung:

- Vorschläge für regionale Bündelung von Informationsveranstaltungen
- Präventiver Gesundheitsschutz als Thema für bestehende Arbeitskreise
- Arbeitskreis Mitarbeiter Kindertagesstätten einbeziehen
- Arbeitskreis Prävention gründen (für Info und Beratung)
- Regionale Veranstaltungen für Küster, Hausmeister, Pfarrer, Mitarbeiter/innen
- Kindertagesstätten
- Veranstaltungen für Ehrenamtliche

### Kritisches:

Bitte, bitte keine zusätzlichen Aktivitäten	2
Bitte weniger Fragebögen	3
Gesundheitsschutz ist überflüssige Bürokratie	8
Gesundheitsschutz ist nicht erforderlich	5
G 37, kein Bedarf	4
Kosten stehen nicht im Verhältnis zur Leistung	13
Betriebsärztliche Betreuungen verursachen Kosten	4
Betreuungsumfang verringern	5
Empfohlenes Mobiliar zu teuer	5
G 42 (Impfstoffe viel zu teuer)	6
H-Untersuchungen: Zuständigkeit der Ärzte schwierig (weit entfernt, hohe Ausfallzeiten)	2
Untersuchungen für Arbeiten mit Motorsäge, Kfz-Fahrer: schwierig, zuständigen Arzt zu finden (außerhalb BAD!)	3



#### **4.1.17 Informationsmaterial (Fragebogen Frage 13)**

Informationsmaterial: Zu einem Anteil von 67 % bekannt und verwendet.

#### **4.1.18 Angaben zur Anzahl Mitarbeiter/innen (Fragebogen Frage 14.3)**

##### **Auswertung Anzahl Mitarbeiter:**

Konfuse, widersprüchliche Angaben, deshalb nur sehr vorsichtig zu interpretieren. Insbesondere die Angaben zu ehrenamtlichen und nebenamtlichen Mitarbeitern sind nicht zu verwerten.

<b>Hauptamtliche Anzahl</b>	<b>betreut</b>	<b>unbetreut</b>	<b>% betreut</b>
1-10	354	999	26 %
11-50	221	246	47 %
51-150	29	7	80 %

## 4.2 Bewertung

### 4.2.1 Rücklauf

Von insgesamt 2500 versendeten Fragebögen wurden 1099 zurückgeschickt. Der hohe Rücklauf von insgesamt 44 % (außer Landeskirche Bayern) spricht für gute, informative Vorbereitung der Fragebogenaktion sowie für ein Bewusstsein für die Wichtigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Leider sind aus 5 Landeskirchen keine Daten (oder wesentlich zu spät) eingegangen.

So können Brüder-Unität, Schlesische Oberlausitz, Ev.-reformierte Kirche, Ev. Kirche der Pfalz (nur 1 Fragebogen), Ev. Landeskirche in Hessen und Nassau (8 Fragebögen) nicht, oder nicht ausreichend in die Beurteilung mit einbezogen werden.

Dafür sind als Vergleichsdaten 779 Fragebögen aus der Landeskirche Bayern (angefordert 271) eingegangen. Anstelle der Erfassung von knapp 5 % der kirchlichen Einrichtungen sind in der Ev.-Luth. Kirche in Bayern ca. 30 % aller Einrichtungen über die Fragebögen erfasst.

Diese Daten können als Referenzzahl, ob die übrigen Daten repräsentativ für eine gesamte Landeskirche sind, eingesetzt werden.

### 4.2.2 Betreuung der Einrichtungen pro Landeskirche

Der Gesamtbetreuungsgrad liegt bei 42,6 %.

Im Vergleich dazu liegt entsprechend der Betreuungsgrad in der Landeskirche Bayern bei 23 %. Dies ist als Referenzzahl nicht verwertbar, da ein hoher Erhebungsanteil im Bereich Kirchengemeinden für die Landeskirche Bayern (654 von insgesamt 779 Fragebögen) vorliegt.

Die höchste Gesamtbetreuerungsrate erzielt die Landeskirche Nordelbien mit 64 %, die niedrigste Landeskirche Anhalt mit 21%.

Einen Betreuungsgrad von 44 % - 56 % erreichen 7 Landeskirchen.

Einen Betreuungsgrad von nur 21% - 38 % erreichen 4 Landeskirchen.

Die deutlichen Unterschiede der Gesamtanzahl der betreuten Einrichtungen lassen auf große Unterschiede in der quantitativen Versorgung in den einzelnen Landeskirchen schließen. Da eine zeitliche Eingrenzung der Angabe zur Betreuung in den Fragebögen nicht vorgesehen war, gehe ich davon aus, dass die Angaben sich auf den Gesamtzeitraum seit 1998 beziehen.

Relativiert werden muss diese hohe Anzahl nicht betreuter Einrichtungen durch die Analyse der Betreuung nach Einrichtungsarten.

### 4.2.3 Betreuungsgrad pro Einrichtung

Die %-Angaben sind aufgrund relativ kleiner Anzahlen nur als Hinweis zu werten, nicht als Absolutwert!

Laut Erhebung in der Fläche sehr gut betreut sind **Diakoniestationen** mit 97 %.

Problematisch erscheint die Versorgung der Diakoniestationen in Berlin-Brandenburg mit 50 % Betreuungsanteil.

Referenzgröße Bayern bei 80 %, jedoch insgesamt auch der höchste Betreuungsanteil unter den Einrichtungen.

**Verwaltungseinheiten** sind zu 70% betreut. Die Bandbreite der Versorgung reicht von 22 - 100 %. Referenzgröße Bayern niedrigster Wert 22 %.

**Kindertagesstätten** sind hingegen nur zu 49 % in die Betreuung aufgenommen. Zwischen 30 % und 52 % Anteil betreuter Kindertagesstätten weisen 9 Landeskirchen auf. Bayern als Referenzgröße bei 40 % Versorgung.

In den **Kirchengemeinden** ist die Versorgung am niedrigsten. Zu nur 25 % erfolgt Betreuung.

Einen hohen Betreuungsgrad auch in den Kirchengemeinden erreichen die Landeskirchen Nordelbien (48 %) und Rheinland (57 %), Württemberg (37 %), während alle übrigen Landeskirchen einen unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad der Gemeinden von 7 – 23 % aufweisen.

Referenzgröße Bayern liegt bei 21 %.

Die Einrichtungen **Friedhöfe, Beratungsstellen, Heime, Schulen** und Fragebögen ohne Angabe zur Einrichtung wurden wegen der niedrigen Anzahl nur gesamt ausgewertet.

44 % der Friedhöfe werden betreut, 36 % der Beratungsstellen und Heime, 21 % der Einrichtungen ohne Angabe.

Insgesamt als quantitative Bewertung für die flächige Versorgung sind große Mängel anzunehmen.

Schwerpunktmäßig erfolgt eine sehr gute Betreuung der **Diakoniestationen**, entsprechend der höchsten Gefährdungsstufe.

Durch entsprechende Größe der Einrichtungen ist die Betreuungstätigkeit erleichtert. Eine ebenso hohe Gefährdung besteht für das Personal von **Beratungsstellen** (besonders bei Kontakt mit Drogenabhängigen).

Die erfassten Zahlen sind sehr gering, weisen jedoch auf Handlungsbedarf hin.

**Die Betreuung der Kindertagesstätten** ist in den Landeskirchen Nordelbien (80 %), Rheinland (73 %) und Sachsen (75 %) einigermaßen durchgängig erfolgt. (Landeskirche Mecklenburg und Thüringen wegen kleiner Zahlen keine zuverlässige Aussage.)

In den übrigen Landeskirchen ist keine flächenhafte Betreuung der Kindertagesstätten anzunehmen.

Dringende Verbesserung der Versorgung der Kindertagesstätten ist zu fordern, da es sich um Bereiche mit hohem Gefährdungspotenzial und arbeitsmedizinischem Handlungsbedarf für die Mitarbeiter/innen handelt!

**Verwaltungseinheiten** (vermutlich hauptsächlich Landeskirchenämter) sind in der quantitativen Erfassung als gut betreut repräsentiert.

Berlin-Brandenburg und Bayern heben sich bei der Betreuung von Verwaltungseinheiten negativ ab.

Problematisch ist die Versorgung der **Kirchengemeinden**.

Gute Arbeit leisten auch bei der Betreuung der Kirchengemeinden bereits Landeskirche Nordelbien und Rheinland, recht gut auch Württemberg.

In den übrigen Landeskirchen geht man nach dem Prinzip des „On-Demand-Systems“ vor. Vorschläge zur regelmäßigen Einbeziehung auch dezentraler kleiner Gemeinden müssen dringend erarbeitet werden.

Der Betreuungsgrad ist umso besser, je größer die landeskirchliche Einrichtung (Anzahl hauptamtlicher Mitarbeiter) ist.

#### **4.2.4 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Landeskirchen**

Ohne große Abweichung lag die Bewertung der Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei einem Mittelwert von 3,4, also zwischen wichtig und sehr wichtig. Bayern als Referenzgröße ergab einen Mittelwert von 3,3.

Dies zeigt, dass ein hohes Bewusstsein und auch eine hohe Erwartungshaltung auf Ebene der Einrichtungen für Arbeits- und Gesundheitsschutz vorhanden ist.

Relativiert werden müsste die Aussage durch Einbeziehung der 56 % Einrichtungen, die keinen Fragebogen zurückschickten.

#### **4.2.5 Wichtigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach Einrichtungen**

Alle Mittelwerte liegen zwischen wichtig und sehr wichtig.

Die Diakoniestationen bewerten mit 3,7 am höchsten. Dieser Wert erklärt sich durch hohe Gefährdungspotenziale und bereits gute Versorgung.

Eine Abhängigkeit der Wichtigkeit von dem Gefährdungspotenzial, wenn auch nur geringgradig ausgeprägt, ist festzustellen.

Am geringsten wichtig bewerten die Kirchengemeinden: In diesen Bereichen ist wenig Erfahrung mit arbeitsmedizinischer Betreuung vorhanden, bei gleichzeitig relativ geringer Gefährdung (zumindest in den Büros).

#### **4.2.6 Positive Aspekte der arbeitsmedizinischen Betreuung**

Für etwa 60 % der befragten Mitarbeiter ist der Aspekt der Arbeits- und Sicherheitstechnik am wichtigsten.

Etwa 50 % sehen die Chance, einen kompetenten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen der Mitarbeiter zu haben. Dies entspricht dem Aspekt der Fehlzeitenreduzierung durch geeignete Maßnahmen des Gesundheitsmanagements.

In 35 % ist die Beschäftigung mit psychosozialen Problemen, wie Sucht, Mobbing oder Stressbewältigung wichtig. Der finanzielle Aspekt steht bei nur wenigen (16 %) im Vordergrund.

Keinen Sinn und kein Verständnis für Arbeits- und Gesundheitsschutz haben 7 % der Befragten.

Am meisten Kontakt haben die Einrichtungen mit den Ortskräften und Sicherheitsfachkräften. Vermutlich wird aufgrund der positiven Zusammenarbeit dieser Aspekt am wichtigsten eingeschätzt.

Der Wunsch, die Gesundheit der Mitarbeiter zu stabilisieren (auch Fehlzeitenreduzierung), als wichtigstes Ziel der arbeitsmedizinischen Präventionsarbeit muss aufgegriffen werden. Dieses Ziel zu erreichen, bedeutet arbeitsmedizinische Initiative zu ergreifen von der persönlichen Ebene über Errichtung eines Gesundheitsmanagement-Systems auf übergeordneter Ebene.

Die immer häufiger auftretenden Probleme unserer Gesellschaft im psychosozialen Bereich machen auch vor kirchlichen Strukturen nicht halt.

Sich Themen wie Mobbing oder Suchterkrankungen der verschiedensten Art oder psychischer Instabilität nicht zu verschließen, ist Führungsaufgabe.

Entsprechende Information zu geben, Handlungsleitfäden zu entwickeln, Präventionsarbeit zu leisten und die Betroffenen einer geeigneten Therapie/Beratung

zuzuführen ist Inhalt einer qualitativ guten arbeitsmedizinischen Versorgung. Der Bedarf wird aus den Antworten der Fragebögen deutlich.

Der zwar niedrige, jedoch leider vorhandene Anteil derer, die keinen positiven Aspekt in der arbeitsmedizinischen Versorgung sehen, darf nicht vernachlässigt werden.

Mögliche Ursache einer negativen Einstellung ist entweder keine Betreuungserfahrung oder schlechte Erfahrung. Viele dieser Aussagen wurden durch Pastore getroffen, die in durchaus sehr emotionaler Art ihre Meinung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz auf den Fragebögen dokumentierten.

Über wuchernden Bürokratismus wurde sich mehrmals beklagt.

Ein Lösungsweg des unbürokratischen Informierens ist gefragt.

#### **4.2.7 Bekanntheit der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH**

Die Erfassungszahlen beziehen sich auf die betreuten Einrichtungen. Von diesen wissen insgesamt nur 83 %, dass sie durch die BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH betreut werden. Referenzgröße Bayern 82 %.

#### **4.2.8 Bekanntheit Betreuungskatalog**

In nur 44 % ist bekannt, welche arbeitsmedizinischen Betreuungsleistungen von der BAD-GmbH in Anspruch genommen werden können.

Bayern liegt mit 42 % Bekanntheitsgrad im Durchschnitt.

5 Landeskirchen erreichen einen Bekanntheitsgrad des Betreuungskatalogs von 65 % - 77 %. 5 Landeskirchen liegen unter 50 % in Bezug auf Kenntnis der angebotenen Leistung.

#### **4.2.9 Namentliche Bekanntheit des/der Betriebsarztes/ärztin**

In den betreuten Einrichtungen ist der zuständige Betriebsarzt nur in 55 % namentlich, persönlich bekannt. In Bayern liegt die Bekanntheit des Betriebsarztes unter dem Durchschnitt mit 31 %.

Insgesamt aus 4.2.7 bis 4.2.9 folgt in einigen Landeskirchen schlechter Informationsstand in den Einrichtungen zur arbeitsmedizinischen Versorgung. Wer keinen persönlichen Ansprechpartner kennt und die angebotenen Leistungsangebote nicht kennt, wird sich auch bei Problemen nicht an die geeignete Stelle wenden.

Relativ gut versorgte Landeskirchen haben einen hohen persönlichen Bekanntheitsgrad der Arbeitsmediziner/innen und gute Kenntnis über den Leistungskatalog.

#### **4.2.10 Betreuungsleistung vor Ort**

Die Betreuungsleistung vor Ort zählt zu den wichtigen Kriterien, ob eine moderne, qualitativ hoch anzusiedelnde Arbeitsmedizin angeboten wird.

In nur 59 % der betreuten Einrichtungen fand eine Betreuung vor Ort statt.

Bayern stimmt mit dem Durchschnitt überein. In 604 Einrichtungen wurde eine Betreuungsleistung ausgeführt, eine Arbeitsplatzbegehung erfolgte jedoch nicht. Höher liegt die Begehungsrate in Diakoniestationen (78 %) und in Verwaltungseinheiten (72 %).

Kindertagesstätten sind zu 57 % begangen, Kirchengemeinden zu einem sehr geringen Anteil (2,6 %).

Betreuungsleistung in Diakoniestationen oder Kindergärten sind ohne betriebsärztliche Begehung nicht vollständig. Es sind bei den relativ hoch wirkenden Prozentzahlen nur die betreuten Einrichtungen aufgelistet. (Für eine hohe Qualität wäre ein Prozentsatz von 90 % – 100 % Prozent anzunehmen gewesen). Bei einer qualitativ hochwertigen arbeitsmedizinischen Betreuung ist die Arbeitsplatzbegehung unabdingbar!

Kirchengemeinden siehe 4.2.2. Die Betreuung der Kirchengemeinden vor Ort ist derzeit von der Bewertung auszunehmen.

Insgesamt ist ein deutlicher Hinweis auf notwendige Verbesserung des qualitativen arbeitsmedizinischen Betreuungsstandes weg von der reinen Untersuchungsmedizin zur Einbeziehung des Arbeitsplatzes zu fordern.

#### **Untersuchungen, Beratungen:**

Gemäß den Erfordernissen in den zu betreuenden Einrichtungen wurden entsprechend geforderte Untersuchungen durchgeführt. Da keine zeitliche Eingrenzung vorgegeben war, sind die reinen Zahlenwerte nicht aussagefähig.

In fast 10 % der Fälle ist dem/r Leiter/in der Einrichtung nicht bekannt, welche Untersuchungen durchgeführt wurden.

#### **Informationsveranstaltungen:**

Zu wesentlichen Themen wurden Informationsveranstaltungen angeboten.

Zu berücksichtigen ist, dass, wie aus Bemerkungen zu anderen Fragen zu entnehmen ist, in einigen Einrichtungen nicht zwischen Angeboten der Berufsgenossenschaften, der Sicherheitsfachkräfte, der Gesundheitsämter und den Angeboten des BAD unterschieden wird.

#### **4.2.11 Dokumentation**

In 25 % wurde eine Dokumentation über erfolgte Untersuchungen, Beratungen oder Begehungen erstellt. Der Referenzwert in Bayern ist niedriger (16 %).

Nicht zu akzeptierender Zustand.

#### **4.2.12 Nicht-Erfüllung von Leistungen**

In 6 % der Einrichtungen wird angegeben, dass eine eingeforderte Leistung nicht erbracht wurde.

Einzelne Landeskirchen fallen nicht negativ auf. Bei der geringen Anzahl sind die Einzelfälle gleichmäßig verteilt. Bei guter Motivation seitens der BAD-Ärzte und guter Kooperation dürften solche Fälle überhaupt nicht erscheinen.

Die Berichte über Hin- und Herschieben von Zuständigkeiten bei Problemfällen zwischen einzelnen BAD-Zentren begründen trotz geringen Anteils ein schlechtes Image.

#### **4.2.13 Zeitnahe Betreuung**

In der Hälfte aller betreuten Einrichtungen wird die Betreuungsleistung als nicht zeitnah angegeben. Selbst unter Einbeziehung einer nicht adäquaten Erwartungshaltung seitens landeskirchlicher Einrichtungen ist die Diskrepanz zwischen Eigeneinschätzung der BAD-Ärzte (kein Problem) und den Untersuchungsergebnissen auffällig.

Zu differenzieren wäre, ob akute Problemfälle nicht zeitnah untersucht werden, oder ob auf Untersuchungs- und Begehungstermine nach Anfrage lange gewartet werden muss.

Entscheidend ist jedoch der hohe Anteil an Unzufriedenheit mit dem zeitlichen Ablauf. Die Qualität hinsichtlich Organisation von zeitnahen Terminen muss als mangelhaft gewertet werden.

#### **4.2.14 Zufriedenheit mit der Betreuungsleistung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin**

Insgesamt ist man nicht ganz mittelmäßig zufrieden mit der betriebsärztlichen Leistung (2,9).

Der Referenzwert Bayern schneidet wenig schlechter ab (2,8).

Ein ziemlich gutes Ergebnis erzielen Nordelbien, Baden, Braunschweig, Mecklenburg, Oldenburg, Westfalen und Württemberg.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ein sehr hoher Anteil der Befragten keine Wertung zur Zufriedenheit abgab.

Bei vorsichtiger Interpretation ist Zurückhaltung aus Unsicherheit oder mangelnder Erfahrung mit der BAD GmbH anzunehmen. Sicher ist jedoch, dass diese Befragten nicht spontan eine gute Bewertung abgaben.

Die Einschätzung der Wichtigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz ist mit Gesamtwerten zwischen „wichtig“ und „sehr wichtig“ zu wenig differierend, um eine Korrelation zur Zufriedenheit herausfinden zu können.

Deutliche Verbesserungen sollten angestrebt werden.

#### **4.2.15 Zufriedenheit nach Einrichtungen**

Zwischen sehr zufrieden und mittelmäßig zufrieden mit der betriebsärztlichen Betreuung sind die Diakoniestationen.

Friedhöfe und sonstige Einrichtungen (Beratungsstellen, Heime etc.) erreichen eine ähnlich gute Bewertung.

Gerade noch mittelmäßig zufrieden sind Kirchengemeinden.

Eher zum wenig zufriedenen Bereich zählen Kindertagesstätten und Verwaltungseinrichtungen.

Bedenkt man, dass die Bewertung nur von betreuten Einrichtungen abgegeben wurde und gleichzeitig über 80 % der betreuten Einrichtungen keine Bewertung abgaben, müssen diese recht guten Werte deutlich nach unten korrigiert werden in der Interpretation.

#### **4.2.16 Freie Verbesserungsvorschläge**

Interessante Anmerkungen, die durchaus in die zukünftige Planung mit einzubeziehen sind, wurden abgegeben.

Einige Autoren gaben die Adresse ihrer Einrichtung an und baten um direkte Einbeziehung. Diese Fragebögen werden an die EFAS weitergegeben.

Eine Bewertung oder Interpretation der Äußerungen erübrigt sich.

Die Aussagekraft ist deutlich, konkret und deshalb als wichtiger Anregungsfaktor in die zukünftige Planung einzubeziehen.

Zu den folgenden Themen erfolgten Kommentare:

- **Information**
- **Bessere Öffentlichkeitsarbeit des BAD**
- **Bessere Betreuungsarbeit vor Ort**
- **Bessere Betreuung bei fachspezifischen Anforderungen**
- **Mehr Informationsveranstaltungen**
- **Fortbildung für bestimmte Mitarbeiterkreise**
- **Kritische Äußerungen**

Die Einzelaufzählung ist unter 4.1.16 zu finden.

#### **4.2.17 Informationsmaterial**

Die entwickelten Informationsbroschüren sind meines Erachtens nach von sehr hoher Qualität. Vermutlich ist der Verbreitungsgrad von nur 67 % durch die Verteilungsstruktur zu erklären. Hemmende Ebenen sollten umgangen werden!



### 4.3 Verbesserungsmöglichkeiten

Die Struktur der BAD GmbH ermöglicht es, Gesamtkonzepte zu entwickeln und die Umsetzung mit Nachdruck von den umsetzenden Ärzten zu erwarten.

Voraussetzung zur Schaffung eines Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagementsystems sind mit Vertragsabschluss geschaffen.

Die vorgelegte Studie wird gleichzeitig als Bestandsaufnahme und 1. Qualitätssicherungsmaßnahme verstanden.

Aufgrund der vorgelegten Auswertung sind Basisdaten auf verschiedenen Ebenen zu entnehmen:

- Ebene der Versorgung der einzelnen Landeskirchen
- Ebene der Zusammenarbeit Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte/Ortskräfte
- Ebene der unterschiedlichen zu betreuenden Einrichtungen
- Ebene der Wahrnehmung der Betreuung in den Einrichtungen

Entsprechend diesen unterschiedlichen Ebenen sind klare Ziele festzulegen und zu vereinbaren.

Es empfiehlt sich, die Handlungszeiträume konkret zu definieren.

Die Modelle der „best practice“ sollten mit ihren Erfahrungen einbezogen werden. Zeitnahe Überprüfungsmodalitäten, im Sinn eines internen Audit sind dringend anzuraten.

Als entsprechende Verantwortliche bieten sich die bereits eingearbeiteten koordinierenden Ärzte an.

Es lohnt sich, die notwendigen Zeitaufwände für Tagungen, Arbeitssitzungen, Einrichtung von Arbeitsgruppen zu gewähren.

#### **Betreuungsgrad verbessern**

##### **Ziel: Betreuungsgrad in der Fläche deutlich anheben**

Insgesamt ist der Betreuungsgrad in der Fläche wesentlich zu niedrig.

Die überwiegende Mehrzahl der Landeskirchen ist noch in einer Entwicklungsphase zu Flächendeckung in der Betreuung.

##### **Ziel: Betreuungsgrad in den Einrichtungen deutlich anheben**

Gute Ergebnisse werden ausschließlich für die bisher schwerpunktartige Betreuungsarbeit der Diakoniestationen erreicht.

Eine Qualitätssteigerung durch Betreuung vor Ort muss in diesem Bereich flächendeckend stattfinden.

Vorgeschlagene Zeitschiene: Vollumfängliche Versorgung der Diakoniestationen bis Ende 2005.

Einen neuen Schwerpunkt mit Ziel der vollumfänglichen Betreuung müssen die Kindertagesstätten bilden.

Vorgeschlagene Zeitschiene: Vollumfängliche Versorgung der Kindertagesstätten Ende 2006.

Für alle weiteren Mitarbeitergruppen müssen nachfolgend Konzepte zur zufriedenstellenden Betreuung geschaffen werden.

Neue Anforderungen werden durch die Betreuung von Kirchengemeinden an den BAD gestellt. Einige Landeskirchen betreiben derzeit schon Einbeziehung der Kirchengemeinden in ihre Arbeit.

Verbindliche Konzepte, wie die kleinen Einrichtungen versorgt werden können, müssen dringend erstellt werden.

Möglichkeiten:

- Zentrale Informationsveranstaltungen für Mitarbeitergruppen aus den Kirchengemeinden (Küster, Sekretariate)
- Nutzen von zentralen Treffen der Mitarbeiter
- Zugehen auf Mitarbeitervertretungen
- Zugehen auf Gremien, wie Kirchenvorstände
- Nutzen neuer Medien zur Vernetzung (E-Mail)
- Konkrete, verlässliche Planung
- Angebote für definierte Zeitspannen absprechen
- Feste Ansprechpartner
- Hoher persönlicher Einsatz in der Anfangsphase
- Einbeziehung des Know-how der Sicherheitsfachkräfte/Ortskräfte

**Ziel: Alle Landeskirchen auf einen gleich guten Versorgungsgrad anheben**

Aufgrund der Auswertung treten deutliche Mängel in einigen Landeskirchen hervor.

**Besonders problematisch:**

- Landeskirche Anhalt
- Landeskirche Bayern
- Landeskirche Berlin-Brandenburg
- Ev.-ref. Kirche
- Landeskirche Thüringen
- Brüder-Unität
- SELK

**Insgesamt recht gute Versorgung:**

- Landeskirche Rheinland
- Landeskirche Nordelbien
- Landeskirche Württemberg
- Landeskirche Westfalen

**Betreuungsqualität verbessern**

Voraussetzung für eine als besser erlebte Qualität der Arbeitsmedizin ist das sofortige Verlassen des „On-Demand-Systems“.

Nachgewiesenermaßen ist der Informationsstand der Leiter der Einrichtungen hinsichtlich BAD GmbH, betriebsärztlichem Ansprechpartner und Angebotskatalog zu schlecht, um sich auf eine effiziente Leistungsanforderung verlassen zu können.

**Gute Arbeit vor Ort** kann durch kein Medium ersetzt werden. Arbeitsmedizin ist Medizin des Arbeitsplatzes. Ohne die Mitarbeiter an ihren Arbeitsplätzen zu erleben, ihre Probleme anzuhören, für den einzelnen persönlich „da“ zu sein, wird die Arbeitsmedizin nicht beim Mitarbeiter ankommen.

Untersuchungsmedizin zu organisieren ist ein wichtiger Teil der Arbeitsmedizin. Die vorgeschriebenen Untersuchungsformen müssen eingehalten werden. Sie darf jedoch nicht zu einer Verwaltungsmedizin ableiten.

Ohne Bezug zum Arbeitsplatz wird der untersuchte Mitarbeiter und die bezahlenden Ebenen nie verstehen, welchen ganz persönlichen Nutzen eine Augenuntersuchung oder eine Laboruntersuchung hat.

Die insgesamt geringe Anwesenheit vor Ort ist stark verbesserungswürdig.

Tätigkeit vor Ort lässt die Bekanntheit der BAD GmbH und namentliche Bekanntheit des/r Betriebsarztes/Ärztin stark ansteigen!

### **Zeitnahe Versorgung**

Ordentliche Planung, Terminierung und klare Kommunikation mit den Einrichtungen sind Voraussetzung für Zufriedenheit hinsichtlich der Zeitnähe der Versorgung.

Schwierigkeiten, passende Termine zu finden (Urlaubsplanung, Schichtdienst etc.) werden sich vermindern, wenn die arbeitsmedizinische Betreuungsleistung als positiver Service vor Ort erlebt wird, nicht als lästige Untersuchungspflicht.

Akute arbeitsplatzbezogene Probleme sollten immer Vorrang haben.

Einrichtung einer Problemsprechstunde mit verlässlicher Anwesenheit ist sehr hilfreich, um ständige Störungen des Terminplans durch nicht planbare Aktivitäten zu vermeiden (1 Stunde pro Monat ist durchaus schon sehr erleichternd!).

### **Öffentlichkeitsarbeit verbessern**

Gute Arbeit spricht für sich.

Die Steigerung hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Versorgung zieht automatisch ein besseres Image der BAD GmbH in den kirchlichen Einrichtungen nach sich.

Höhere Zufriedenheit folgt besserer Betreuungsarbeit.

Zusätzlich sind Möglichkeiten der Informationsweitergabe und Kontaktaufnahme über die verschiedenen einsetzbaren Medien möglich.

- Konkrete Angebote,
- Einrichtungsspezifische Leistungskataloge,
- höhere Transparenz,
- feste Ansprechpartner

sind wichtige Faktoren zur Steigerung der Zufriedenheit.

Nicht unterzubewerten ist der Wunsch nach „verständlichen“ Dokumentationen.

Ein kurzer Anhang, der in der Einrichtung verbleibt, könnte in die bereits vorhandenen Checklisten eingearbeitet werden (z.B. Worauf muss ich achten, was ist nicht in Ordnung?).

Die Verständnisschwierigkeiten und geringe Bekanntheit des Angebotskatalogs sollten Anlass sein, den Leistungskatalog einrichtungsspezifisch und nicht in „Arbeitsmedizinerdeutsch“ zu verfassen. Beispielsweise G-Untersuchungen und die Auflistung rechtlicher Grundlagen sind für den Laien nicht nachvollziehbar und wirken bedrohlich.

## 5. Fazit und Empfehlungen

Zur Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistung sind noch erhebliche Veränderungen und Anstrengungen notwendig.

Primär ist dringend eine annähernd vollumfängliche Betreuung anzustreben.

Die Qualität der Betreuungsleistung ist hinsichtlich Bekanntheitsgrad, Zeitnähe, Betreuung vor Ort und Zufriedenheit mit der Betreuung stark verbesserungsfähig.

### **Vorhanden ist:**

- ein funktionierendes Koordinatoren-System aus Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften
- die BAD-Struktur mit koordinierenden Ärzten, die nach unterschiedlichen Konzepten arbeiten, und mit Einzelzentren, die unterschiedliche gute Betreuungsarbeit leisten
- 27 Landeskirchen, in denen unterschiedliche Leistungsniveaus der Betreuungsarbeit nachzuweisen sind
- unterschiedliche Einrichtungsarten, die unterschiedlich gut betreut werden

**Umfangreicher Handlungsbedarf** besteht in folgenden Ebenen und Handlungsfeldern:

### **Landeskirchen, Auftraggeber:**

- Vollständiges, EDV-geeignetes Datenmaterial an BAD-GmbH übermitteln
- Organisation der Informationsweitergabe direkt an Einrichtungen
- Ehrliche Überprüfung der eigenen Einstellung und Zielvorstellung zur Wertigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Finanziellen Rahmen für Arbeitssicherheit erweitern

### **Koordinatoren für Arbeitssicherheit und Koordinatoren für Arbeitsmedizin:**

- Weiterer Ausbau der funktionierenden Kooperation
- Regionale Zusammenarbeit aufbauen oder verbessern

### **BAD-GmbH**

#### **Betreuungsgrad verbessern:**

- Betreuungsgrad in der Fläche deutlich anheben
- Betreuungsgrad in den Einrichtungen deutlich anheben
- Alle Landeskirchen auf einen gleich guten Versorgungsgrad anheben
- Intensivkonzepte für besonders problematische Landeskirchen nach Vorbild der Landeskirchen mit insgesamt recht ordentlicher Versorgung

#### **Betreuungsqualität verbessern:**

- Sofortiges Verlassen des „On-Demand-Systems“
- Erhöhung der Begehungsfrequenz
- Zeitnahe Leistungserbringung

#### **Öffentlichkeitsarbeit verbessern**

**Konzeptionelles Angehen der Mängel:**

- Verbindliche arbeitsmedizinische Standards entwickeln
- Schwerpunktktionen festlegen
- Verbindliche Zeitschiene vorgeben

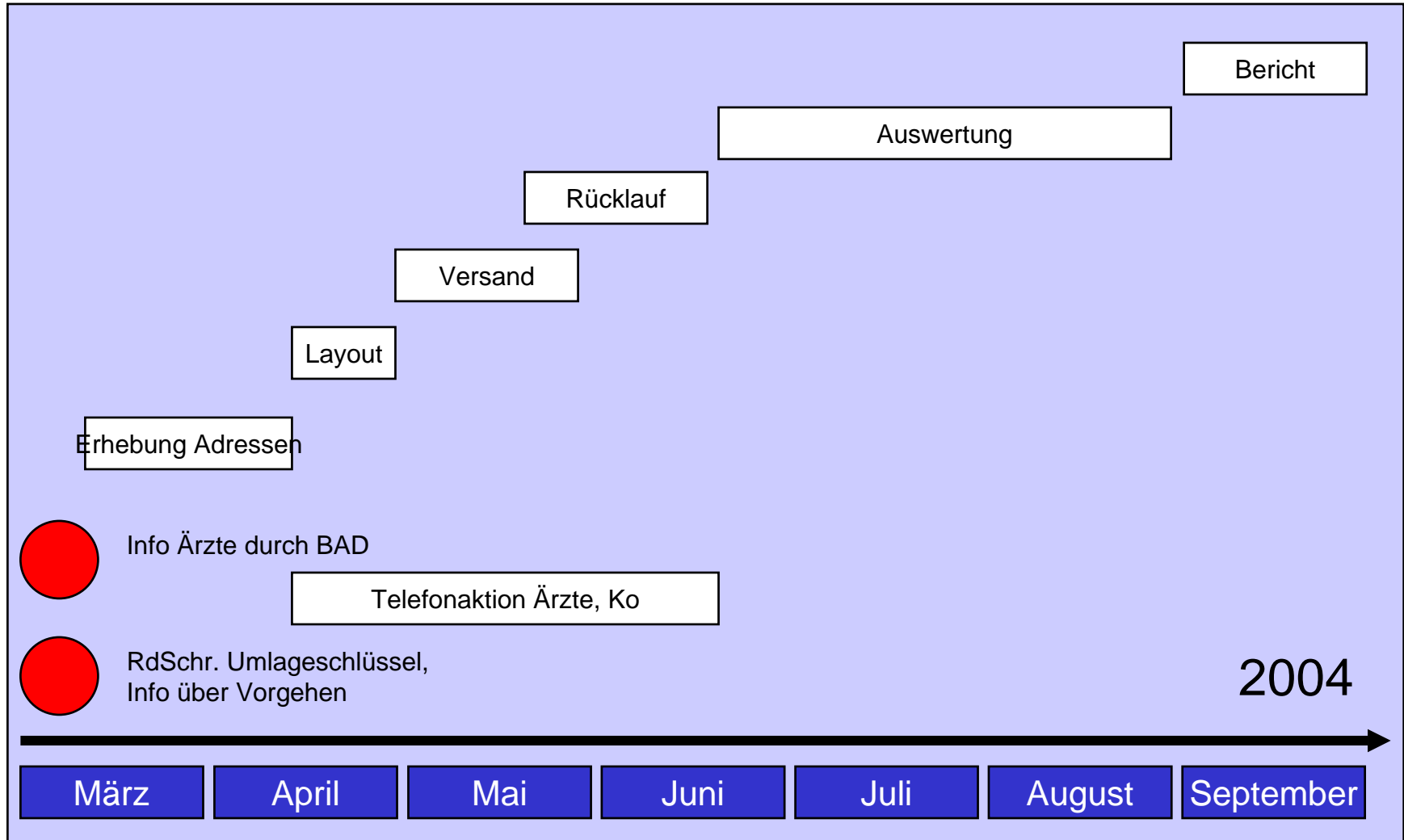
**Nehmen Sie die vorliegende Studie als Arbeitsgrundlage**

**..... und los geht's!**

## **6. Anhang**

- **Projektablaufplan**
- **Anschreiben für Fragebögen**
- **Fragebogen für kirchliche Einrichtungen**

# Projektlaufplan Evaluation Arbeitsmedizin



Dr.med.Elisabeth Frost  
Betriebsärztin  
Am Buchengrund 24  
31812 Bad Pyrmont



Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Einrichtung wurde ausgewählt, um die Qualität und den Umfang der arbeitsmedizinischen Betreuung innerhalb der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und ihrer Gliedkirchen durch die BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH zu erfassen.

Als arbeitsmedizinisch tätige, unabhängige Gutachterin wurde ich von der Evangelischen Fachstelle für Arbeitssicherheit (EFAS) und der EKD beauftragt, diese Evaluierung vorzunehmen.

Die Untersuchung dient der Qualitätssicherung und wurde mit den entsprechenden Berufsgenossenschaften vertraglich vereinbart.

Aus der Bestimmung des derzeitigen Qualitätsstandes sollen Lösungsvorschläge zur weiteren Verbesserung der arbeitsmedizinischen Betreuung der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erarbeitet werden.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass es sich bei diesem Fragebogen um eine offizielle Evaluierung der Umsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes handelt.

Ohne Ihre aktive Mithilfe sind keine objektiven Daten zu erheben.

Ich möchte Sie deshalb bitten, den beiliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Selbstverständlich bleibt Ihre Anonymität, sowie die Ihrer Einrichtung gewahrt.

Der Zeitbedarf von ca. 10 Minuten, den Sie jetzt investieren, kommt letztendlich der Gesundheit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Gute.

Bitte senden Sie den Fragebogen in beiliegendem Freiumschlag **bis spätestens 01.07.04** an mich zurück.

Freie Anmerkungen zu dem Fragebogen und zum Thema arbeitsmedizinische Betreuung werden als positive Anregung verstanden und ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichem Gruß  
Dr.med.Elisabeth Frost



## Fragebogen für kirchliche Einrichtungen

1. Für wie wichtig halten Sie Arbeits- und Gesundheitsschutz für Ihre Mitarbeiter/innen?  
 sehr wichtig       wichtig       weniger wichtig       unwichtig
2. Welche positiven Aspekte sehen Sie in der arbeitsmedizinischen Betreuung Ihrer Mitarbeiter/innen? (Mehrfachnennungen möglich)  
 Prävention zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter  
 Fehlzeitenreduzierung  
 kompetente Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen der Mitarbeiter  
 kompetente Ansprechpartner bei arbeits- und sicherheitstechnischen Problemen  
 finanzielle Einspareffekte durch Gesundheitsmanagement  
 arbeitsmedizinische Unterstützung bei psychosozialen Problemen wie Mobbing, Suchtverhalten  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
 keine
3. In Ihrer Einrichtung wird eine arbeitsmedizinische Betreuung durchgeführt?  
 ja       nein (Falls nein, sind Sie ganz sicher? Dann bitte weiter mit Frage 14)
4. Es ist bekannt, daß die arbeitsmedizinische Betreuung durch die BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH erfolgt.  
 ja       nein
5. Sind Sie darüber informiert, welche arbeitsmedizinischen Leistungen von der BAD GmbH in Anspruch genommen werden können? (Betreuungskatalog)  
 ja       nein
6. Der zuständige Betriebsarzt/die zuständige Betriebsärztin der BAD GmbH ist namentlich bekannt?  
 ja       nein
7. Eine arbeitsmedizinische Betreuung **vor Ort** hat stattgefunden?  
 ja       nein  
Wenn ja, zutreffendes bitte unter 7.1., 7.2., und 7.3. ankreuzen. (Mehrfachnennungen sind möglich)
- 7.1. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?  
 G 20 (Lärm)  
 G 25 (Fahr/Steuer- und Überwachungstätigkeit)  
 G 42 (Infektionskrankheiten)  
 G 35 (Arbeitsaufenthalt im Ausland)  
 G 37 (Bildschirmarbeitsplatz)  
 Jugendarbeitsschutzgesetz  
 H-Untersuchungen  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
 Es wurden Untersuchungen durchgeführt, es ist mir jedoch unbekannt welche.
- 7.2. Welche Beratungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz wurden durchgeführt?  
 Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung  
 Erste Hilfe  
 Mutterschutz  
 Ergonomie der Arbeitsplätze  
 Bildschirmarbeitsplätze  
 Hygiene  
 Infektionsgefährdung  
 sonstige Themen

7.3. Informationsveranstaltungen wurden angeboten zum Thema:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionsgefährdung | <input type="checkbox"/> Hautschutz       |
| <input type="checkbox"/> Lärm                 | <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeit |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie            | <input type="checkbox"/> Streßbelastung   |
| <input type="checkbox"/> Heben und Tragen     | <input type="checkbox"/> Sonstige         |

8. Über die durchgeführten Untersuchungen/Beratungen/Begehungen liegt ein Dokument vor?  
(Protokoll, Checkliste, Mängelliste)

- ja                       nein

9. Wurden seitens der BAD GmbH durch Sie angeforderte arbeitsmedizinische Leistungen nicht erfüllt?

- ja                       nein

10. Die angeforderte arbeitsmedizinische Leistung wurde zeitnah erfüllt.

- ja                       nein

11. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuungsleistung Ihres Betriebsarztes/Ihrer Betriebsärztin?

- sehr                       mittelmäßig                       wenig                       gar nicht

12. Wie könnte Ihrer Meinung nach die Betreuungsleistung verbessert werden?

---

---

13. Informationsmaterialien der EFAS und BAD GmbH über arbeitsmedizinische Themen liegen vor.

- ja                       nein

14. Angaben zur Einrichtung

14.1. Welcher Landeskirche gehören Sie an? \_\_\_\_\_

14.2. Art der Einrichtung:

- Kirchengemeinde
- Beratungsstelle
- Kindertagesstätte / Kindergarten
- Diakonie / Sozialstation
- Verwaltung
- Friedhöfe
- Sonstige

14.3. Anzahl der Mitarbeiter/innen \_\_\_\_\_

- davon \_\_\_\_\_ hauptamtlich  
                  \_\_\_\_\_ nebenamtlich  
                  \_\_\_\_\_ ehrenamtlich

**Vielen Dank**