



# Ärztliche Untersuchungen von jungen Menschen unter achtzehn Jahren im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten

W. Kirch, K. Scheuch, M. Reichler, P. Looks, W. Hacker, N. Stab, Chr. Hillger

**Forschung  
Projekt F 2058**

W. Kirch  
K. Scheuch  
M. Reichler  
P. Looks  
W. Hacker  
N. Stab  
Chr. Hillger

**Ärztliche Untersuchungen von jungen  
Menschen unter achtzehn Jahren  
im Hinblick auf ihre Gesundheit und  
Entwicklung im Arbeitsleben in  
ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten**

Dortmund/Berlin/Dresden 2011

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Ärztliche Untersuchungen von jungen Menschen unter achtzehn Jahren im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten“ – Projekt F 2058 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm Kirch  
Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden  
Fiedlerstraße 33, 01307 Dresden,  
public.health@mailbox.tu-dresden.de

Prof. Dr. med. Klaus Scheuch, Martin Reichler  
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
scheuch@imib.med.tu-dresden.de

Dr. rer. medic. Peggy Looks, Soz.-MA  
i. V. Prof. (em.) Dr. Dr. h. c. Winfried Hacker  
Technische Universität Dresden  
Fachrichtung Psychologie, Arbeitsgruppe "Wissen-Denken-Handeln"  
Objekt Falkenbrunnen, 01062 Dresden  
hacker@psychologie.tu-dresden.de

Dr. rer. medic. Nicole Stab  
Technische Universität Dresden  
Fachrichtung Psychologie, Arbeitsgruppe "Wissen-Denken-Handeln"  
Objekt Falkenbrunnen, 01062 Dresden  
stab@psychologie.tu-dresden.de

Dr. rer. medic. Christiane Hillger  
Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden  
Fiedlerstraße 33, 01307 Dresden  
christiane.hillger@tu-dresden.de

Fachliche Begleitung: Dr. med. Barbara Matschke, Ralf Stegmann  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: Uwe Völkner, Fotoagentur FOX, Lindlar/Köln

Umschlaggestaltung: Rainer Klemm, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin  
Friedrich-Henkel-Weg 1 – 25, 44149 Dortmund  
Telefon 0231 9071-0  
Fax 0231 9071-2454  
poststelle@buaa.bund.de  
www.buaa.de

Berlin:  
Nöldnerstr. 40 – 42, 10317 Berlin  
Telefon 030 51548-0  
Fax 030 51548-4170

Dresden:  
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden  
Telefon 0351 5639-50  
Fax 0351 5639-5210

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

# Inhalt

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 1     | Einleitung.....   | 7   |
| 2     | Die gesundheitliche Situation Jugendlicher in Deutschland .....   | 9   |
| 3     | Jugendarbeitsschutz in Deutschland: Ausgestaltung und gesetzliche Grundlagen .....  | 14  |
| 3.1   | Geltungsbereich.....  | 15  |
| 3.2   | Durchführung der Untersuchungen.....  | 16  |
| 3.3   | Zielgruppen .....   | 16  |
| 3.4   | Jugendarbeitsschutzuntersuchungen .....   | 16  |
| 3.4.1 | Erörterung der Eignung des theoretischen Ansatzes unter besonderem Bezug auf das Alter der Zielgruppe.....  | 17  |
| 3.4.2 | Gesetzliche Regelung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.....   | 18  |
| 4     | Einschätzung der ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland anhand ausgewählter Fragen der Umsetzung .....   | 40  |
| 4.1   | Wird die Umsetzung der Untersuchungen durch die Ärzte der Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes gerecht? .....   | 40  |
| 4.2   | Sind die Untersuchungsinhalte ausreichend, um den Gesundheits- und Entwicklungsstand eines Jugendlichen abzubilden?.....  | 41  |
| 4.3   | Sind die Untersuchungsinhalte und die Qualifikation der Untersuchenden ausreichend, um einen Bezug zur Beschäftigung herzustellen? .....                                  | 42  |
| 4.4   | Werden betroffene Akteure in geeigneter Art und Weise einbezogen?.....  | 44  |
| 4.5   | Sind Aufsichtspflichten, Strafen und Verbote zielführend? .....   | 46  |
| 4.6   | Können Ausbildungs- und Beschäftigungsabbrüche vermieden werden?.....   | 47  |
| 5     | Vergleich der deutschen Situation im Bereich Jugendarbeitsschutz mit ausgewählten europäischen Partnerländern.....  | 48  |
| 5.1   | Methodik .....  | 48  |
| 5.1.1 | Beschreibung der Partner in den ausgewählten EU-Ländern.....  | 48  |
| 5.1.2 | Konzept zur vergleichenden Einschätzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in ausgewählten Ländern.....  | 48  |
| 5.1.3 | Selbsteinschätzung der EU-Partner.....  | 67  |
| 5.1.4 | Datenauswertung.....  | 80  |
| 5.2   | Vergleich der gegenwärtigen Situation der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher in Deutschland und den EU-Teilnahmeländern anhand der Antworten der Länderexperten..... | 81  |
| 5.2.1 | Zusammenfassung der wesentlichen Übereinstimmungen und Unterschiede in der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher in Deutschland und den Vergleichsländern .....         | 149 |
| 5.2.2 | Wesentliche Abweichungen zwischen Deutschland und den Vergleichsländern ..  | 156 |
| 5.3   | Vergleich von Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung .....  | 165 |
| 6     | Ableitung von Handlungsempfehlungen .....   | 171 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 6.1   | Grundlage der Handlungsempfehlungen .....   | 171 |
| 6.2   | Handlungsempfehlungen für die ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in<br>Deutschland im Einzelnen ..... | 171 |
| 6.2.1 | Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes einschließlich der ärztlichen<br>Untersuchungen.....               | 171 |
| 6.2.2 | Inhalt und Umsetzung von Qualitätsstandards bei der Durchführung der ärztlichen<br>Untersuchung.....            | 175 |
| 6.2.3 | Möglichkeiten einer Effizienzbetrachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes in<br>seiner jetzigen Form .....       | 179 |
| 6.2.4 | Struktur der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz .....  | 180 |
| 6.2.5 | Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte .....  | 182 |
| 6.2.6 | Kostenübernahme.....  | 184 |
| 7     | Literaturverzeichnis .....  | 187 |
| 8     | Abkürzungsverzeichnis.....  | 193 |
| 9     | Anhang.....   | 195 |

# **Ärztliche Untersuchungen von jungen Menschen unter achtzehn Jahren im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten**

## **Kurzreferat**

Im Mittelpunkt der Studie stehen die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes, die Jugendliche bei Eintritt in das Arbeitsleben vor Überforderung, Überbeanspruchung und Gefahrenquellen am Arbeitsplatz entsprechend ihres Entwicklungsstands schützen sollen. Diese Untersuchungen erfolgen unter veränderten Rahmenbedingungen, wie z. B. einem veränderten beruflichen Tätigkeitsfeld sowie einer Veränderung des Anforderungsprofils der Jugendlichen.

Daher stellt sich die Frage, ob die theoretischen und praktischen Konzepte zur Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes wirksam genug sind, um die oben genannte Zielsetzung zu erfüllen.

Aufgrund der Veränderungen in der Arbeitswelt als auch in der Entwicklung der Jugendlichen sowie der Erfahrungen bei der Umsetzung der ärztlichen Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz ist die Frage zu beantworten, ob eine Novellierung der gesetzlichen Grundlagen oder/und der Umsetzung erforderlich ist. Aufgabe des vorliegenden Projektes ist, Erfahrungen anderer EU-Länder einzubeziehen. Hauptziel des Forschungsvorhabens ist demnach die Darstellung und Bewertung der gegenwärtigen Situation ärztlicher Untersuchungen junger Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in den ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Tschechischen Republik.

Bezüglich der Effizienz von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Sinne eines angemessenen Schutzes vor Beeinträchtigungen sowie der Förderung von Gesundheit und Entwicklung Jugendlicher im Arbeitsleben erfolgt eine Gegenüberstellung mit dem deutschen System der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Es werden Schlussfolgerungen abgeleitet sowie Vorschläge für die Umsetzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Anlehnung an sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen unterbreitet.

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes wurde die aktuelle Situation in Deutschland erfasst, Probleme und Fragestellungen aus der konkreten Umsetzung identifiziert und für die internationale Einordnung aufgearbeitet.

Für eine Effizienzbetrachtung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im internationalen Vergleich bedarf es einheitlicher Kriterien, sodass zu diesem Zweck ein Kategoriensystem zur Bewertung entwickelt wurde. Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte theoriegeleitet und wurde nach Vorliegen der Daten aller beteiligten Länder entsprechend überprüft und modifiziert.

Weiterhin wurde von den jeweiligen Länderexperten eine Selbsteinschätzung der Bewertung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung in den beteiligten EU-Ländern vorgenommen. Hier ging es vordergründig um die Qualitätssicherung der Angaben in dem Kategoriensystem und zum anderen um die Selbstbewertung der Güte der entsprechenden Umsetzungsschwerpunkte in den einzelnen Ländern.

Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen und dem Vergleich der deutschen Situation mit den europäischen Partnerländern konnten im abschließenden Kapitel Handlungsempfehlungen für das deutsche System abgeleitet werden. Im Vergleich zu den betrachteten europäischen Ländern hat Deutschland ein gutes Jugendarbeitsschutzgesetz und eine durchaus zufriedenstellende Umsetzung.

Es gibt kein System in den betrachteten EU-Ländern, das als Ganzes beispielgebend für Deutschland genommen werden kann. Unterschiede in Teilbereichen werden zur Umsetzung des Auftrages dahingehend untersucht, ob eine Übertragbarkeit auf das deutsche System zu einer Verbesserung der Effizienz und Wirksamkeit der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland führen kann.

**Schlagwörter:**

Jugendliche, Jugendarbeitsschutz, ärztliche Untersuchungen, Arbeitssicherheit, Gesundheitsförderung, Prävention

# Medical check-ups of adolescents at the workplace with special emphasis on their health and development in several EU member states

## Abstract

The present study focuses on medical check-ups in the framework of the *protection of young persons employment act* which aims at safeguarding adolescents starting with their entry into the workforce against excessive demand, overstraining and hazards at the work. These check-ups are carried out under altered framework conditions, for example changed job types and modified job requirements for adolescents. Hence, the question is, whether theoretical and practical concepts for the realization of medical check-ups within the scope of the *protection of young persons employment act* are sufficiently effective to fulfill their abovementioned objective.

Due to altering working environments as well as changes in the adolescents development and based on the experiences gathered in the process of the implementation of medical check-ups in the framework of the *protection of young persons employment act*, the question has to be answered whether an amendment of the legislative basis or/and the implementation is necessary.

The present project thus aims at embracing the experiences of other EU member states. Consequently, its main purpose is to describe and assess the present situation of medical check-ups of young people with regard to their health and development in working life in the EU member states Finland, France, Italy, the Netherlands, Austria and Czech Republic.

Concerning the efficiency of the medical check-up in terms of an appropriate protection from damage as well as the promotion of health and the development of adolescents in working life, a comparison with the German system of medical check-ups is carried out. Finally, conclusions will be given and recommendations will be made concerning the implementation of medical check-ups of adolescents according to changing framework conditions in society.

This final report summarizes the recent situation in Germany, identifies problems and questions concerning the concrete implementation and reviews them for the international classification.

In order to assess the efficiency of medical check-ups in the framework of the *protection of young persons employment act* in terms of an international benchmarking, standardized criteria are needed. For this purpose a category system was developed based on a specific theoretical methodology and reconsidered and modified when all data to be delivered by the involved countries was at hand.

Additionally, a self-assessment was carried out by the respective expert of each involved EU member state. The main focus here was to secure the quality of the information gathered in the category system and also to obtain a self-assessment concerning the quality of the respective core areas of implementation in the single countries.

Based on the knowledge retrieved from the self-assessment as well as from the comparison of the German situation with the EU member states, recommendations could be derived for the German system in the final chapter.

Compared to the partner states in this study it can be said that there is a good *protection of young persons employment act* existing in Germany and also a quite satisfying implementation. In none of the EU member states a system was found that



could, as a whole, be called exemplary for Germany. Still, differences concerning singular aspects are being looked at closer in order to identify if a transference to the German system can lead to an improvement of the efficiency and effectiveness of medical check-ups.

**Key words:**

adolescents, protection of young people at work, medical check-ups, occupational health, health promotion, prevention

# **Les visites médicales des jeunes de moins de dix-huit ans considérant leur santé et leur développement au travail dans certains États membres de l'UE**

## **Résumé**

Le centre de ce projet concerne les visites médicales dans le cadre de la loi contre l'exploitation des adolescents, devant les protéger lors de leur entrée dans le monde du travail, contre le surmenage, les demandes excessives et les risques sur leur lieu de travail. Ces visites médicales sont effectuées dans des conditions modifiées, comme un changement dans l'activité professionnelle et un changement de profil de l'emploi des jeunes.

Par conséquent, la question est de savoir si les concepts théoriques et pratiques pour la réalisation des examens médicaux dans le cadre de la protection de la loi sur l'emploi des jeunes personnes sont suffisamment efficaces pour atteindre l'objectif précité.

En raison de changements dans le monde du travail, dans le développement de la jeunesse et des expériences concernant la mise en œuvre des examens médicaux, une réponse à la question quant à la modification du cadre juridique et / ou la mise en œuvre est nécessaire. La tâche de ce projet est d'intégrer les expériences d'autres pays européens. Par conséquent, le but du projet de recherche fût la description et l'évaluation de la situation actuelle des examens médicaux des jeunes à l'égard de leur santé et leur développement dans la vie professionnelle dans les États membres de l'UE, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, l'Autriche et la République tchèque.

L'efficacité des visites médicales des contrats «emplois jeunes», dans le sens d'une protection adéquate contre «l'atteinte», ainsi que la promotion de la santé et le développement des jeunes dans l'emploi sera confrontée avec le système allemand des visites médicales des emplois jeunes. Puis, une conclusion doit être développée, et des propositions doivent être présentées concernant la mise en œuvre des visites médicales emplois jeunes en fonction de l'évolution des conditions sociales.

Dans le cadre de ce rapport, la situation actuelle en Allemagne a été analysée, les problèmes identifiés et les enjeux de la mise en œuvre pratique travaillés pour la classification internationale.

Pour une comparaison à échelle internationale de l'efficacité des visites médicales dans le cadre de la protection des jeunes employés, un système de catégories pour aider à l'évaluation a été élaboré afin d'obtenir des critères uniformes.

Ainsi, un système de catégories a été développé pour l'évaluation. Le développement de ce système de classement s'est basé sur une méthodologie spécifique théorique et a été vérifié et modifié après que toutes les données des pays concernés soit disponibles.

En outre, une auto-évaluation a été effectuée par l'expert de chaque pays de l'UE concernés. L'objectif principal sur cette question était une assurance de la qualité de l'information du système de classement et d'autre part sur l'auto-évaluation de la qualité des principaux axes dans chaque pays.

Sur la base de ces connaissances et sur la comparaison de la situation allemande avec les pays de l'UE, des recommandations pourraient être formulées pour le système allemand. En comparaison avec les pays européens concernés,

l'Allemagne dispose d'une bonne loi contre l'exploitation des adolescents et sa mise en pratique est satisfaisante.

En ce qui concerne les pays de l'UE, il n'existe aucun système disponible qui pourrait être utilisé comme un exemple pour l'Allemagne. Des différences en ce qui concerne plusieurs aspects ont été examinés, afin de déterminer si un transfert sur le système Allemand peut conduire à une amélioration de l'efficacité et l'efficacité des contrôles médicaux en Allemagne.

**Mots clés:**

adolescents, sécurité au travail, visites médicales, sécurité au travail, promotion de la santé, prévention

# 1 Einleitung

„Junge Menschen müssen geschützt werden, damit ihre Gesundheit nicht gefährdet wird und ihre Entwicklung ungestört verlaufen kann“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES – BMAS, 2010). Diesem Ziel dient das Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG) vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149). Das BMAS schätzt ein, dass dieses Gesetz im internationalen Vergleich als vorbildlich bezeichnet werden kann. Es schützt die Jugendlichen vor Arbeit, „...die zu früh beginnt, die zu lange dauert, die zu schwer ist, die sie gefährdet oder die für sie ungeeignet ist“ (BMAS, 2010).

Im Mittelpunkt dieses Projektes stehen die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Diese Untersuchungen erfolgen unter veränderten Rahmenbedingungen, z. B.:

- (1) einem veränderten beruflichen Tätigkeitsfeld der Jugendlichen,
- (2) einem veränderten Entwicklungsstand der Jugendlichen bei Berufseintritt sowie veränderten Rahmenbedingungen in der Ausbildung (z. B. Länge sowie Inhalte der beruflichen Ausbildung, veränderte Belastungssituation),
- (3) der Änderung des Anforderungsprofils der Jugendlichen, auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit (psychische und physische Entwicklung),
- (4) der Akzeleration im physischen, psychischen und sozialen Bereich,
- (5) der zukünftigen demographischen Entwicklung,
- (6) einem veränderten Krankheitsspektrum bei Jugendlichen,
- (7) der Entwicklung des Gesundheitssystems und der Aufgabenbereiche, die den durchführenden Ärzten zukommen.

Daher stellt sich die Frage, ob die theoretischen und praktischen Konzepte zur Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes wirksam genug sind, um die oben genannte Zielsetzung zu erfüllen.

Auf Ebene der europäischen Union legt die EG-Richtlinie über den Jugendarbeitsschutz vom 22. Juni 1994 (94/33 EG, ABL. Nr. L. 216 vom 2. August 1994, S. 12) die Mindestnormen für den Jugendarbeitsschutz in den EU-Ländern fest. Das Jugendarbeitsschutzgesetz der Bundesrepublik wurde diesen Anforderungen weitgehend gerecht, sodass nur partielle Änderungen notwendig waren (SCHLÜTER, 1997). Aufgrund der oben genannten Entwicklungen sowie der Erfahrungen bei der Umsetzung der ärztlichen Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz ist die Frage zu beantworten, ob eine Novellierung der gesetzlichen Grundlagen oder/und der Umsetzung erforderlich ist. Aufgabe des vorliegenden Projektes ist, Erfahrungen anderer EU-Länder einzubeziehen.

Hauptziel des Forschungsvorhabens ist die Darstellung und Bewertung der gegenwärtigen Situation ärztlicher Untersuchungen junger Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in den ausgewählten EU-Mitgliedsstaaten Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Tschechischen Republik. Bezüglich der Effizienz von Jugendarbeitsschutzuntersu-

chungen, im Sinne eines angemessenen Schutzes vor Beeinträchtigungen sowie der Förderung von Gesundheit und Entwicklung Jugendlicher im Arbeitsleben, erfolgte eine Gegenüberstellung mit dem deutschen System der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Es wurden weiterhin Schlussfolgerungen abgeleitet sowie Vorschläge für die Umsetzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Anlehnung an sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen unterbreitet.

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes wurde daher in einem ersten Meilenstein die aktuelle Situation in Deutschland erfasst, Probleme und Fragestellungen aus der konkreten Umsetzung identifiziert und für die internationale Einordnung aufgearbeitet. Für eine Effizienzbetrachtung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im internationalen Vergleich bedarf es einheitlicher Kriterien, sodass zu diesem Zweck gemeinsam mit den Auftraggebern ein Kategoriensystem zur Bewertung entwickelt wurde. Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte theoriegeleitet und wurde nach Vorliegen der Daten aller beteiligten Länder datengeleitet überprüft und modifiziert. Weiterhin wurde von den jeweiligen Länderexperten eine Selbsteinschätzung der Bewertung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung in den beteiligten EU-Ländern vorgenommen. Hier ging es vordergründig um die Qualitätssicherung der Angaben in dem Kategoriensystem und zum anderen um die Selbstbewertung der Güte der entsprechenden Umsetzungsschwerpunkte in den einzelnen Ländern.

Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen und dem Vergleich der deutschen Situation mit den europäischen Partnerländern wurden im abschließenden Kapitel Handlungsempfehlungen für das deutsche System abgeleitet.

## 2 Die gesundheitliche Situation Jugendlicher in Deutschland

Jugendliche stellen in Deutschland eine weitestgehend gesunde Bevölkerungsgruppe dar. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sollten sie als Personengruppe jedoch sowohl hinsichtlich gesundheitlicher Risiken als auch mit Blick auf gesundheitsfördernde und präventive Gesichtspunkte betrachtet werden. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts hauptsächlich Infektionskrankheiten sowie eine hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit verbreitet waren, lässt sich das derzeitige Krankheitspektrum anders charakterisieren (RKI, 2004). So überwiegen bei Kindern und Jugendlichen chronische Erkrankungen, welche besonders bedeutend sind, da sie die physische und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen können und maßgeblich am Gesundheitszustand im Erwachsenenalter beteiligt sind (KAMTSIURIS et al., 2007). Laut HURRELMANN et al. (2003) erfahren Jugendliche derzeit vor allem körperliche, psychische und soziale Befindlichkeitsstörungen, wobei insbesondere Erkrankungen des Immunsystems, ein gesundheitsbeeinträchtigendes Ernährungs- und Bewegungsverhalten und eine veränderte Belastungsbewältigung als Ursachen beschrieben werden (vgl. RAVENS-SIEBERER et al., 2000).

Aufgrund allgemein besserer Lebensbedingungen und des Ausbaus medizinischer Versorgung ist auch die Lebenserwartung von Kindern und Jugendlichen gestiegen. Allerdings existieren in diesem Zusammenhang soziale Unterschiede hinsichtlich der Entwicklungschancen und des Gesundheitszustandes. Soziale Benachteiligung ist dabei durch instabile und belastende Familienverhältnisse oder auch eingeschränkte Bildungschancen gekennzeichnet.

Mit Blick auf Erkrankungen, welche in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen dominieren, verdeutlichen die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) die Rolle allergischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Diese haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Asthma bronchiale, atopische Ekzeme, Heuschnupfen oder allergische Kontaktekzeme stellen in der Gruppe der allergischen Erkrankungen die häufigsten Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen dar und können im Verlauf zu erheblichen Beeinträchtigungen im täglichen Leben führen. National wird je nach Untersuchungsart eine Prävalenz von 8,3 bis 14% angegeben. Internationale Studien benennen eine Prävalenz von 7% in der Gruppe der Jugendlichen (SCHLAUD, ATZPODIEN & THIERFELDER, 2007). Als Ursachen werden genetische Prädispositionen und Umwelteinflüsse beschrieben. Ebenso wird über den Einfluss des „westlichen“ Lebensstils – beispielsweise eine unausgewogene, einseitige Ernährung und geringe körperliche Aktivität – gesprochen, wobei die Bedeutung einzelner Faktoren noch nicht abschließend geklärt ist. Allerdings besteht, die Umwelteinflüsse betreffend, ein Zusammenhang zwischen dem Erstkontakt mit Allergenen (z. B. Kuhmilch) und dem ersten Auftreten von Allergien.

Weiterhin gelten das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft oder Schadstoffbelastungen als Risikofaktoren für eine Manifestation von Atemwegserkrankung (RKI, 2004). Thematisiert wird unter anderem auch, dass bestimmte Erkrankungen (z. B. Allergien) in den letzten Jahren verstärkt besprochen wurden und demnach die Prävalenz auf die verstärkte Aufmerksamkeit für Symptome sowohl durch den Arzt als auch durch die Eltern zurückzuführen sei (HERMANN-KUNZ & THIERFELDER, 2001). ELLSÄBER UND DIEPGEN (2002) geben an, dass neben einer genetischen Determinan-

te andere Faktoren wie Nichtstillen, die Anzahl der Geschwister, ein hoher sozialer Status der Eltern, Feuchtigkeitschäden mit Schimmelbildung in Wohnungen oder auch Hausstaubmilbenexposition als Auslöser einer Allergie diskutiert werden.

Für die berufliche Ausbildung und Entwicklung Jugendlicher sind diese Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen von großer Bedeutung. Die am meisten gefährdeten Berufsgruppen bei Männern sind unter anderem Metall-, Bau- und Ernährungsberufe (z. B. Tischler, Koch, Bäcker), bei Frauen Friseur, Heil- und Krankenpflege (Krankenschwester/-pfleger, Altenpfleger, Zahntechniker, ...) sowie Ernährungsberufe. Hier treten am häufigsten allergische Kontaktekzeme und subtoxisch-kumulative Handekzeme auf. Daher sollten sich Jugendliche, die eine allergische Kontaktdermatitis aufweisen, bei Haut belastenden Berufen schützen bzw. diese vermeiden. Auch bei allergischen Atembeschwerden ist zu raten, Berufe mit Allergie auslösenden Stoffen oder Feuchtigkeit zu meiden bzw. sich gut davor zu schützen. Eine frühzeitige Berufsberatung ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG, 2007).

Auf der Grundlage der Daten zu Erkrankungen im Rahmen der Musterungs- und Aufnahmeuntersuchungen für die Bundeswehr können Schlussfolgerungen für Muskel- und Skeletterkrankungen gezogen werden, da für diesen Bereich eine kontinuierliche Erhebung und Dokumentation in Deutschland stattgefunden hat. Diese Untersuchungen betreffen 18-Jährige, die von den ärztlichen Untersuchungen gemäß dem JArbSchG nicht erfasst werden (vgl. § 2 Abs. 2 JArbSchG). Sie lassen jedoch interessante Schlüsse zu, die in der Thematik der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des JArbSchG berücksichtigt werden sollten. Die Screeninguntersuchungen der Musterungs- und Aufnahmeuntersuchungen umfassen eine vollständige körperliche Untersuchung, Labordiagnostik (Urinprobe), Belastungs-EKG, Seh- und Hörtest. Ziel ist die Feststellung des Tauglichkeitsgrades. Auffallend war in diesem Zusammenhang der hohe Anteil Jugendlicher mit leichten bis mittelschweren Wirbelsäulenveränderungen (z. B. Skoliose, Kyphosen) und Formveränderungen der Füße, der in den letzten Jahren stark angestiegen ist (RKI, 2004). Am häufigsten kommen im Kindes- und Jugendalter idiopathische Skoliosen vor. Durch Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule treten Rückenschmerzen, sowie körperliche und ästhetische Probleme auf. Bei den Kyphosen ist es die Adoleszentenkyphose, die mit einem Anteil von 20% als häufigste Wirbelsäulenerkrankung im Jugendalter auftritt. Deformierungen der Wirbelsäule und sich daraus ergebende Fehlbelastungen sind die Folge. Eine Zunahme der Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems wurde ebenso durch andere Studien beschrieben: ALTENHOFEN UND OLIVEIRA (1998) führen an, dass durch die Inanspruchnahme von Jugenduntersuchungen (J1) auffällige neue Befunde und Diagnosen in der Gruppe der 13- bis 14-Jährigen gestellt wurden. Diese betreffen neben Übergewicht, Hauterkrankungen oder Erkrankungen der Sinnesorgane insbesondere das Muskel- und Skelettsystem. Ebenso geht aus Schuluntersuchungen und spezifischen sportmedizinischen Studien hervor, dass eine Zunahme motorischer und koordinativer Auffälligkeiten sowie Haltungsschwächen und Muskelfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen festzustellen sind (DEUTSCHER SPORTBUND, 2001). Diese Störungen sind deshalb von Bedeutung, da sie schwere Folgewirkungen auf den Bewegungsapparat, die Unfallhäufigkeit und auch die kognitive Leistungsfähigkeit haben (POTT, 2002) und deshalb die berufliche Tätigkeitsausübung Jugendlicher wesentlich beeinflussen. Insbesondere ist im Rahmen der fachärztlichen Ergänzungsuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und den Beratungen des Jugendlichen darauf zu achten, dass speziell Arbeiten mit stän-

digem oder häufigem Stehen, Bücken, Sitzen, Hocken, häufiges Heben oder Tragen, als auch Arbeiten unter Schwingungen oder Erschütterungen vermieden bzw. eingeschränkt werden sollten (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG, 2007).

Neben den bisher beschriebenen Erkrankungen haben auch Suchterkrankungen in der Gruppe der Jugendlichen eine große Bedeutung. Suchterkrankungen erweisen sich als gesellschafts- und gesundheitspolitisches Problem, da sie bei einem hohen Anteil der Betroffenen einen chronisch-langfristigen Verlauf einnehmen und mit einem hohen Mortalitätsrisiko verbunden sind (BZGA, 2001, VAN BREDERODE, 2006). MARZINZIK UND FIEDLER (2005) fassen zusammen, dass ca. 95% der 14- bis 24-Jährigen Erfahrungen mit legalen, 35% Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben. Als riskant konsumierend sind sogar phasenweise 10 bis 15% der Jugendlichen einzuordnen. Dabei ist das Konsummuster eng an den Einfluss Gleichaltriger geknüpft. Ursachen, die den Drogenkonsum im Jugendalter bestimmen, zeichnen sich oftmals durch einen lang andauernden Verlauf im Zusammenspiel mit Verhaltensdispositionen, Lebensweisen und -stilen aus. Der Wandel gesellschaftlicher Lebensführung und -stile beeinflusst auch das Leben, die Verhaltensweisen und die gesundheitliche Situation Jugendlicher. Auch im Rahmen der Untersuchung Wehrpflichtiger hat, laut Angaben des RKI (2004), der Anteil Untersucher mit Drogen-, Alkohol- und Chemikaliengebrauch zugenommen.

Die derzeit bestehenden Erkrankungen können nicht isoliert betrachtet werden, denn es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen den genannten Erkrankungen und der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. Chronische Erkrankungen stellen einen Stressfaktor dar, der zu psychischen, emotionalen, sozialen und funktionellen Beeinträchtigungen führen kann, sich auf das Wohlbefinden der Betroffenen auswirkt (RAVENS-SIEBERER et al., 2007) und zu Benachteiligungen hinsichtlich der späteren Berufsmöglichkeiten führen kann (BARKMANN, 2003). Was jedoch psychische Erkrankungen betrifft, kann nicht genau beurteilt werden, ob Kinder und Jugendliche derzeit stärker psychisch belastet sind, als dies vor 10 oder 20 Jahren der Fall war, da eine vergleichbare Datenlage nicht vorhanden ist (RKI, 2004). Legt man jedoch die vorhandenen Daten zugrunde, so ist zu erkennen, dass bereits in der Gruppe der Jugendlichen psychische und psychosomatische Erkrankungen eine Rolle spielen: Belastungen, denen sich Jugendliche ausgesetzt sehen, führen zu Defiziten im Bereich der mentalen Gesundheit und einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden. HURRELMANN et al. (2003) berichten, dass bei Befragungen im Rahmen des WHO-Jugendgesundheitssurveys ein Fünftel der Jugendlichen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit angaben. Dazu zählen Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen oder Ess-Störungen. Außerdem litten diese Jugendlichen regelmäßig unter psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Müdigkeit. Ebenso wurden psychische Symptome wie Gereiztheit, Nervosität, Ängstlichkeit und allgemeines Unwohlsein angegeben. Als psychisch auffällig, also auffällig bezüglich emotionaler Probleme, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität oder Problemen mit Gleichaltrigen, konnten 6% der Befragten identifiziert werden. Je nach Ausmaß der Beeinträchtigung sollte darauf geachtet werden, Arbeiten mit erhöhten psychischen Belastungen einzuschränken (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG, 2007).



Auch Erkrankungen der Sinnesorgane, insbesondere des Gehörs, stellen eine gesundheitliche Einschränkung bei Jugendlichen dar. Die häufigsten Ursachen für Hörstörungen sind Lärmbelastungen in der Freizeit, laute Musik, Fernseher oder Computer, Feuerwerkskörper oder Musikveranstaltungen (RKI, 2006b). Jugendliche besuchen insbesondere verstärkt Diskotheken und verweilen dort auch über einen langen Zeitraum. Zudem stellt der Gebrauch von Kopf- und Einsteckhörern in Kombination mit langen Belastungszeiten eine Gefährdung dar. Dabei wählen die 12- bis 16-Jährigen die lautesten Pegel beim Hören von Musik-Playern (ISING et al., 1995). STRUWE et al. (1996) erhoben, dass im Rahmen von Musterungen 24% der jungen Männer im Alter von 16 bis 24 Jahren eine Hörminderung von mindestens 20dB im Hochtonbereich aufwiesen. Mit Bezug auf die Inhalte der ärztlichen Untersuchungen und eine damit anschließende Berufsberatung, welche den aktuellen gesundheitlichen Status wiedergibt, sollte Jugendlichen mit einer Schallempfindungsschwerhörigkeit von Tätigkeiten mit starker Lärmeinwirkung abgeraten werden (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG, 2007).

Ein weiteres Problem, welches in den letzten Jahren auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen verstärkt in den Vordergrund rückt, ist das zunehmende Auftreten von Übergewicht und Adipositas. Zum einen bestätigen die aktuellen Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) das Ausmaß in der deutschen Bevölkerung insgesamt: Jeder fünfte Bürger ist als adipös einzustufen und hat einen Body Mass Index (BMI) über 30 kg/m<sup>2</sup>. Im Alter zwischen 14 und 17 Jahren sind es 7-11% der Jugendlichen, die dieser Gruppe angehören (MAX RUBNER-INSTITUT & BUNDESFORSCHUNGSINSTITUT FÜR ERNÄHRUNG UND LEBENSMITTEL, 2008). Zum anderen unterstreichen die Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) das Auftreten von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Die Untersuchungen ergaben, dass 15% aller Kinder und Jugendlichen, folglich jeder 6. bis 7., in Deutschland im Alter von 3 bis 17 Jahren, übergewichtig sind (BMI > P90<sup>1</sup>) (RKI, 2006a). Gründe für die Zunahme dieser Gesundheitsstörungen sind unter anderem in veränderten Lebensstilen der deutschen Bevölkerung zu suchen. Lebensstilfaktoren wie eine unausgewogene und einseitige Ernährung sowie Bewegungsmangel gelten als Hauptursachen für das Auftreten von Übergewicht oder Adipositas und die damit verbundenen Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Des Weiteren spielen in diesem Zusammenhang sowohl soziodemographische Faktoren – niedriger Sozialstatus und Migrationshintergrund – als auch genetische Ursachen – Adipositas tritt häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf, deren Mütter übergewichtig oder adipös sind – eine wesentliche Rolle (ebd.).

Ursachen für die zunehmende Häufigkeit von bestimmten Gesundheitsproblemen und Erkrankungen wie Asthma, Allergien, Übergewicht, psychischen Erkrankungen usw. können laut RKI (2004) abschließend noch nicht beantwortet werden, da hierfür zum einen repräsentative Studien vergleichbarer Methodik fehlen, welche Veränderungen im Krankheitsgeschehen aufdecken könnten. Zum anderen lassen sich auf der Grundlage der Daten der gesetzlichen Krankenversicherung keine umfassenden Schlussfolgerungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ziehen. Es wird jedoch deutlich, dass sich das Krankheitsspektrum und dementsprechend die ge-

---

<sup>1</sup> Internationale Grenzwerte der International Obesity Task Force (IOTF): Untergewicht – BMI < 5. Percentile; Normalgewicht – BMI zwischen 5. und 90. Percentile; Risiko des Übergewichts – BMI zwischen 90. und 97. Percentile; Übergewicht – BMI > 97 Percentile. Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht in kg dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in m.

sundheitliche Situation Jugendlicher verstärkt in Richtung chronischer Leiden sowie psychischer und psychosomatischer Störungen entwickelt hat. Ebenso von Relevanz ist ein verstärktes Risikoverhalten Jugendlicher, einhergehend mit einem Anstieg von Suchterkrankungen.

### **3 Jugendarbeitsschutz in Deutschland: Ausgestaltung und gesetzliche Grundlagen**

Historisch betrachtet gibt es schon sehr lange Anstrengungen, um Jugendliche im Arbeitsprozess zu schützen. Bereits seit der frühen Phase der Industrialisierung stellt der Jugendarbeitsschutz ein Kernkriterium des deutschen Arbeitsschutzes dar. Die erste verpflichtende Festlegung von Arbeitsschutzzielen fand in Form des preußischen Regulativs über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter im Jahre 1839 statt.

Die auf internationaler Ebene bedeutendste Normierung zum Jugendarbeitsschutz ist die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, in der die elementarsten Rechte von Kindern und Jugendlichen – insbesondere auch Anforderungen zum Jugendarbeitsschutz – festgeschrieben sind und die von fast allen Staaten der Welt ratifiziert wurde (JANSING & LEHMANN, 2009). Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) verabschiedete zwei Übereinkommen zum Kinder- und Jugendarbeitsschutz: Die ILO Konvention Nr. 138 von 1973 über das Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung und die ILO Konvention Nr. 182 von 1999 über das Verbot und unverzügliche Maßnahmen zur Beseitigung der schlimmsten Formen der Kinderarbeit. Diese verbieten Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren jegliche Form der Arbeit, die ihre Gesundheit, Sicherheit sowie moralische Entwicklung gefährdet. Die Unterzeichnerstaaten verpflichten sich, im eigenen Land Aktionspläne zur Einhaltung der Konventionen zu verabschieden.

Die EU-Richtlinie 94/33/EG des Rates vom 22. Juni 1994 über den Jugendarbeitsschutz verankert die Grundforderungen des internationalen Jugendarbeitsschutzes für die EU-Mitgliedstaaten auf europäischer Ebene. Die EU-Richtlinie 94/33/EG setzt für alle Mitgliedsstaaten verbindliche Mindestanforderungen an den Jugendarbeitsschutz, die in Deutschland auf nationaler Ebene durch das Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 2 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149) geändert worden ist, (Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG) umgesetzt wurden. Es sei hinzugefügt, dass das Jugenschutzgesetz vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149) geändert wurde, als weiteres nationales Gesetz den Schutz Jugendlicher in der Öffentlichkeit, und zwar u. a. den Sittlichkeitsschutz von Kindern und Jugendlichen, regelt. Bezüglich der Arbeitssituation gibt es in diesem Zusammenhang Berührungspunkte.

Mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz werden Regelungen für die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen festgelegt. Bezüglich der Altersdefinition gilt gemäß § 2 JArbSchG als Kind, wer noch nicht 15 Jahre alt ist, als Jugendlicher, wer 15, aber noch nicht 18 Jahre alt ist. Auf Jugendliche, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, finden die für Kinder geltenden Vorschriften Anwendung. Des Weiteren existiert auf nationaler Ebene die Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung, die Inhalt, Ablauf und Formalia bezüglich der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz regelt.

### 3.1 Geltungsbereich

Der Geltungsbereich des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist in § 1 JArbSchG wie folgt definiert:

- (1) Dieses Gesetz gilt für die Beschäftigung von Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind,
  1. in der Berufsausbildung,
  2. als Arbeitnehmer oder Heimarbeiter,
  3. mit sonstigen Dienstleistungen, die der Arbeitsleistung von Arbeitnehmern oder Heimarbeitern ähnlich sind,
  4. in einem der Berufsausbildung ähnlichen Ausbildungsverhältnis.
  
- (2) Dieses Gesetz gilt nicht
  1. für geringfügige Hilfeleistungen, soweit sie gelegentlich
    - aus Gefälligkeit,
    - auf Grund familienrechtlicher Vorschriften,
    - in Einrichtungen der Jugendhilfe,
    - in Einrichtungen zur Eingliederung Behinderter erbracht werden,
  2. für die Beschäftigung durch die Personensorgeberechtigten im Familienhaushalt.

Gesetzlich verankert ist die Gewährleistung ausreichender Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten. Neben allgemeinen Vorschriften, einem Verbot der Kinderarbeit sowie Durchführungs-, Straf- und Bußgeldregelungen enthält das Jugendarbeitsschutzgesetz Festlegungen zu Beschäftigungszeiten und -verboten. Oberstes Ziel des Jugendarbeitsschutzes ist der Erhalt und die Förderung der Gesundheit Jugendlicher und ihre ungestörte Entwicklung (BMAS, 2010). Jugendliche sollen durch vorbeugende Maßnahmen bereits bei Aufnahme einer Beschäftigung vor übermäßigen Belastungen der Arbeitswelt bewahrt werden, da Kinder und Jugendliche noch nicht über die Leistungsfähigkeit und Erfahrung von Erwachsenen verfügen und demzufolge vor Gefahren am Arbeitsplatz im besonderen Maße geschützt werden müssen. Das Kindes- und Jugendalter stellt eine prägende und sensible Phase dar, deren Verlauf entscheidend für die individuelle Zukunft, unter anderem auch für das Berufsleben, ist.

Der Jugendliche soll also bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres davor bewahrt werden, durch eine berufliche Tätigkeit Schaden zu nehmen. Die genauen Festlegungen dazu werden im dritten Abschnitt des Jugendarbeitsschutzgesetzes, der in vier Titel untergliedert ist, getroffen. Der erste Titel §§ 8-21b trifft Regelungen zur Arbeitszeit und Freizeit. Im zweiten Titel §§ 22-27 wird festgelegt, mit welchen Tätigkeiten der Jugendliche nicht beschäftigt werden darf und welche Personen grundsätzlich Jugendliche nicht beschäftigen dürfen. Im dritten Titel §§ 28-31 werden weitere Pflichten des Arbeitgebers, die in den übrigen Titeln nicht erfasst sind, definiert.

Die gesundheitliche Betreuung von Jugendlichen in Form von ärztlichen Untersuchungen wird im dritten Abschnitt, vierter Titel §§ 32-46, gesetzlich geregelt. Hier ist als rechtlich bindende Voraussetzung für die Beschäftigung Jugendlicher die Durchführung von Untersuchungen in vorgegebenen zeitlichen Abständen definiert. Inhalt und Ablauf der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz regelt § 1 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung:

## 3.2 Durchführung der Untersuchungen

### § 1 – Durchführung der Untersuchungen

- (1) Der Arzt, der einen Jugendlichen nach den §§ 32 bis 35 oder nach § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes untersucht, hat unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen auf Grund der Untersuchungen zu beurteilen,
- ob dessen Gesundheit und Entwicklung durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird,
  - ob eine außerordentliche Nachuntersuchung oder eine Ergänzungsuntersuchung erforderlich ist oder
  - ob besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen nötig sind (§ 37 Jugendarbeitsschutzgesetz).

## 3.3 Zielgruppen

Das Jugendarbeitsschutzgesetz zielt auf alle Kinder und Jugendlichen, die in der Bundesrepublik Deutschland als Auszubildende, Arbeitnehmer oder in vergleichbarer Weise beschäftigt werden (§ 1 Abs. 1 JArbSchG). Dabei spielt die Staatsangehörigkeit keine Rolle. Als Kind gelten Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht erreicht haben (§ 2 Abs. 1 JArbSchG). Als Jugendlicher wird bezeichnet, wer das 15., aber noch nicht das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 2 Abs. 2 JArbSchG). Unterliegen Jugendliche der Vollzeitschulpflicht, so gelten für sie die Regelungen für Kinder.

Alle Arbeitgeber – die Kinder oder Jugendliche beschäftigen – unterliegen den Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Sie werden zwar nicht ausdrücklich als Adressaten bezeichnet, sind aber die Adressaten fast aller Gebote, Verbote und Pflichten im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes (§§ 58 und 59). Im Jugendarbeitsschutzgesetz ist der Begriff des Arbeitgebers weiter gesteckt als in sonstigen gesetzlichen Vorschriften. Arbeitgeber im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist, wer ein Kind oder einen Jugendlichen beschäftigt (§ 3 JArbSchG). Arbeitgeber in diesem Sinne können z. B. auch Personen sein, die sich von Kindern und Jugendlichen helfen lassen.

## 3.4 Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

Kinder und Jugendliche gilt es bei Eintritt in das Arbeitsleben vor Überforderung, Überbeanspruchung und Gefahrenquellen am Arbeitsplatz entsprechend ihres Entwicklungsstands zu schützen. D. h., um die Gesundheit sowie eine möglichst ungehinderte Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung Jugendlicher zu gewährleisten, sollen sie nicht durch zu lange, zu frühe, zu schwere, zu gefährliche oder durch ungeeignete Tätigkeiten belastet werden (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG, 2007). Das Jugendarbeitsschutzgesetz verfolgt die Zielstellung, Kinder und Jugendliche, die in das Arbeitsleben eintreten, vor gesundheits- und entwicklungsgefährdenden Aufgaben zu schützen.

Neben Regelungen zur Verhinderung eines zu frühen Eintritts in die Beschäftigung, einer Beschäftigung durch zu lange oder ungeeignete Arbeitszeiten als auch aufgrund zu kurzer Ruhezeiten sowie zur Eindämmung von Gefahren am Arbeitsplatz ist im Jugendarbeitsschutzgesetz die ärztliche Betreuung jugendlicher Beschäftigter geregelt. Diese ist im dritten Abschnitt des Jugendarbeitsschutzgesetzes in den §§ 32 bis 46 JArbSchG verankert.

Jugendarbeitsschutzuntersuchungen verfolgen damit die Zielsetzung der Vermeidung von Gesundheits- und Entwicklungsschäden durch die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit. Arbeiten oder Arbeitszeiten, welche einen Jugendlichen im Rahmen seiner Beschäftigung gesundheitlich bzw. hinsichtlich seines physischen und psychischen Entwicklungsstandes beeinträchtigen, sollen verhindert werden (§ 37 Abs. 2 Nr.1, Abs. 3 Nr. 2; § 39 Abs. 1 Nr. 2; § 40 Abs. 1 JArbSchG).

ZMARZLIK UND ANZINGER (1998) charakterisieren Jugendarbeitsschutzuntersuchungen folgendermaßen:

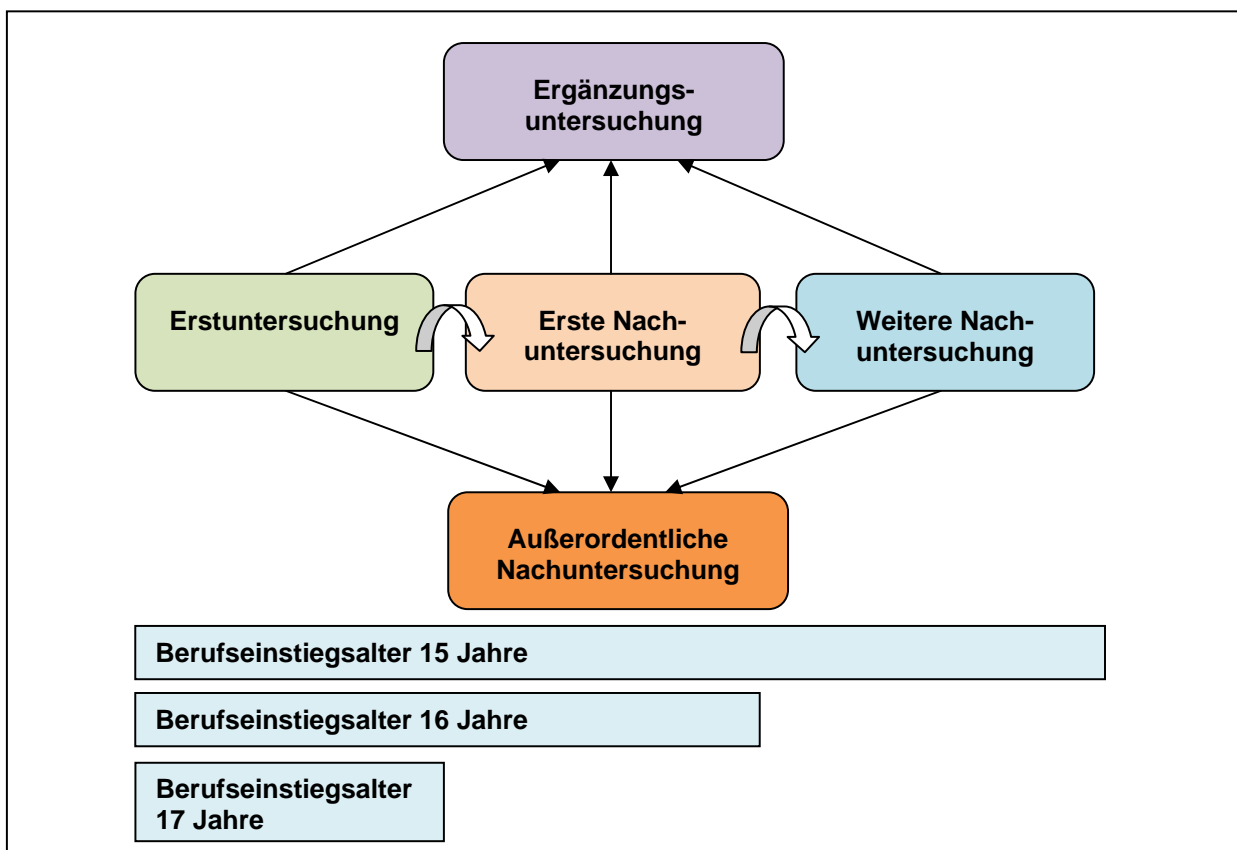
- als individuelle Gefährdungsuntersuchungen, „[...] auch mit dem Ziel, eine Verschlimmerung bereits vorhandener Gesundheitsschäden oder Entwicklungsstörungen durch die Ausübung ungeeigneter Arbeiten zu verhüten“ (§ 32 Anm. 1),
- als gesundheitspflegerische Maßnahmen, da der untersuchende Arzt der Gesundheit dienende Behandlungen anzeigen kann (z. B. fachärztliche Behandlungen),
- gewisse Überschneidungen der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz mit Berufsberatungs- und Berufseignungsuntersuchungen seien aber nicht zu verkennen.

Sie stellen derartige Untersuchungen damit schlussendlich vorrangig als Maßnahme des Arbeitsschutzes dar. Jansing und Lehmann (2009) gehen auch davon aus, dass präventiv-medizinische Verknüpfungspunkte genauso wie Ansätze der Berufsberatung als auch Berufseignung nicht zu leugnen sind. WAGNER UND HASSE (1974) zu Folge kann davon ausgegangen werden, „[...] dass sich in einer gewissen Anzahl von Fällen das Ergebnis der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz auf berufliche Absichten und Wünsche der Jugendlichen auswirkt“ (S. 93). Ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes seien aber in ihrer Ausrichtung keine Tauglichkeits- bzw. Eignungsuntersuchungen, keine betrieblichen Einstellungsuntersuchungen und keine Berufsberatungs- oder Berufseignungsuntersuchungen. Sie stellen eine Arbeitsschutzmaßnahme dar, mit der Zielstellung, Jugendliche von Arbeiten fernzuhalten, die aufgrund des individuellen Gesundheitszustandes Folgen für die Gesundheit und Entwicklung haben (ebd.).

### **3.4.1 Erörterung der Eignung des theoretischen Ansatzes unter besonderem Bezug auf das Alter der Zielgruppe**

Die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, die ein Jugendlicher bei Eintritt in das Arbeitsleben erfährt, stellen ein engmaschiges Untersuchungssystem dar, mit der Zielstellung, Gefährdungen durch die Ausübung der Beschäftigung beim Jugendlichen zu vermeiden. Im Falle, dass ein Jugendlicher mit dem 15. Lebensjahr ein Ausbildungsverhältnis beginnt, wird er mindestens zwei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Anspruch nehmen: eine Erstuntersuchung und

eine erste Nachuntersuchung. Hinzu kommt, dass der Arzt außerordentliche Nachuntersuchungen und Ergänzungsuntersuchungen anordnen kann. Bis zum Erreichen der Volljährigkeit hat der Arbeitgeber dem Jugendlichen weitere jährliche Nachuntersuchungen anzubieten, die der Jugendliche nutzen kann, aber nicht muss. Nach Ablauf eines jeden weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung kann sich der Jugendliche erneut nachuntersuchen lassen (§ 34 JArbSchG). Tritt ein Jugendlicher im Alter von 16 Jahren in das Arbeitsleben ein, so hat er die Erstuntersuchung und eine erste Nachuntersuchung in Anspruch zu nehmen, das Angebot weiterer Nachuntersuchungen entfällt. Der Jugendliche wird also hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Auswirkungen durch die Tätigkeit nach zwölfmonatiger Beschäftigung untersucht. Ein 17-jähriger Jugendlicher erhält ausschließlich die Erstuntersuchung. Das Auftreten berufsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch die Tätigkeit wird hingegen nicht mehr überprüft (Abb. 1), da das Jugendarbeitsschutzgesetz nur bei Jugendlichen, die noch nicht 18 Jahre alt sind greift.



**Abb. 3.1:** Abfolge ärztlicher Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes vor dem Hintergrund des Berufseinstiegsalters

### 3.4.2 Gesetzliche Regelung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

Insgesamt gibt es verschiedene Typen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, die bezüglich Anlass/Art, Zweck, Ziel usw. differieren und im Folgenden dargestellt werden:

### 3.4.4.1 Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG)

#### *Anlass/Art*

Will ein Jugendlicher in das Berufsleben eintreten, was bedeutet, dass der Jugendliche nach der Schule zum ersten Mal eine Tätigkeit als Arbeitnehmer oder Auszubildender aufnehmen will, so hat dieser sich einer Erstuntersuchung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes (§ 32 Abs. 1 JArbSchG) zu unterziehen. Geringfügig beschäftigte Jugendliche oder Jugendliche, die für eine Dauer von weniger als zwei Monaten mit leichten Aufgaben betraut werden, von welchen keine gesundheitlichen Nachteile zu befürchten sind, sind von dieser Regelung ausgeschlossen (§ 32 Abs. 2 JArbSchG).

Die Erstuntersuchung muss innerhalb eines Zeitraums von 14 Monaten vor Beschäftigungsbeginn durchgeführt werden. Als Untersuchungsbeleg dient eine ärztliche Bescheinigung, die dem Arbeitgeber vorgelegt werden muss. Bei Nichteinhaltung dieser Regelung darf der Arbeitgeber einen Jugendlichen nicht beschäftigen. Das Beschäftigungsverbot ist nicht in erster Linie als Ausschluss des Jugendlichen von der Beschäftigung oder Beschäftigungsbestandteilen zu bewerten. Es soll vielmehr den Jugendlichen, der Interesse an einer Beschäftigung hat, anhalten, die ärztliche Untersuchung in Anspruch zu nehmen. Das Beschäftigungsverbot besteht dementsprechend so lange, bis eine Erstuntersuchung durchgeführt wurde und dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung vorliegt oder der Jugendliche das 18. Lebensjahr erreicht hat. Mit Erlangung der Volljährigkeit wird der Erwachsenenstatus erreicht, sodass das Jugendarbeitsschutzgesetz für den Betreffenden keine Anwendung mehr findet. Konsultiert ein Jugendlicher einen Arzt zum Zwecke der Erstuntersuchung, entsteht – mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten – ein Arztvertrag privatrechtlicher Natur. Der Arzt ist verpflichtet, gemäß den Vorschriften des § 35, der §§ 37 bis 40 JArbSchG als auch der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV) zu handeln und wird von der Aufsichtsbehörde gemäß § 51 JArbSchG überwacht (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 10).

#### *Zweck/Ziel*

Der Zweck der Erstuntersuchung besteht darin, den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen zu erfassen und in Bezug auf den Ausschluss bestimmter Arbeiten zu bewerten. Gesundheitsschäden durch die Ausübung einer Berufstätigkeit gilt es zu vermeiden, sodass ein Jugendlicher mit Arbeiten oder zu bestimmten Arbeitszeiten nicht zu beschäftigen ist, denen er gesundheitlich oder entwicklungsbedingt nicht gewachsen ist (§ 37 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 2, § 39 Abs. 1 Nr. 2 und § 40 Abs. 1 JArbSchG). Beschäftigungsverbote bzw. -beschränkungen sind im Rahmen der ärztlichen Bescheinigung dokumentiert und müssen vom Arbeitgeber bei der Beschäftigung des Jugendlichen beachtet werden.

#### *Inhalt*

Die Erstuntersuchung ist gemäß § 35 und §§ 37 bis 40 JArbSchG sowie der JArbSchUV durchzuführen, jedoch bleiben einige Abweichungen bzw. Nichterfüllungen der Verordnung ohne Konsequenz. Die Untersuchung ist trotzdem eine ärztliche Untersuchung im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Nur schwerwiegende Mängel wie z. B. die Ausstellung der Untersuchungsbescheinigung ohne die Durchführung vorgeschriebener Feststellungen und Erhebungen werden geahndet. Der Arbeitgeber ist jedoch nicht in der Pflicht, die Untersuchungsergebnisse zu überprüfen;



ihm genügt eine ordnungsgemäß ausgefüllte Bescheinigung gemäß § 39 Abs. 2 JArbSchG (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 11). Zwischen Arzt und Arbeitgeber finden in der Regel keinerlei Austausche statt; der Arzt ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

#### *Untersuchungsfristen*

Der Zeitraum von der Erstuntersuchung bis zum Berufsbeginn darf eine Frist von 14 Monaten nicht überschreiten (§ 32 Abs. 1 Nr.1 JArbSchG), wobei der Tag der Erstuntersuchung aus der ärztlichen Bescheinigung – die der Arbeitgeber erhält – zu ersehen und seitens des Arbeitgebers zu prüfen ist. Bei der Fristberechnung ist nicht der Untersuchungstag sondern der Folgetag zu berücksichtigen. Erstreckt sich die ärztliche Untersuchung über mehrere Tage bzw. sind Ergänzungsuntersuchungen notwendig, so zählt der letzte Untersuchungstag für die Fristberechnung. Ist die Frist von 14 Monaten überschritten, so muss die Erstuntersuchung wiederholt werden (Zmarzlik & Anzinger 1998, § 32, Anm. 12).

#### *Bescheinigung des Arztes*

Der Arbeitgeber darf einen Jugendlichen nur nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung beschäftigen (§ 39 Abs. 2 JArbSchG). Das vom Arzt zu verwendende Formular ist in § 39 Abs. 2 JArbSchG als auch in § 6 der JArbSchUV hinsichtlich Form und Inhalt genau definiert. Andere Bescheinigungen sind nicht zulässig, ebenso darf der untersuchende Arzt keinerlei Zusatzinformationen bezüglich des Befunds vermerken. Die ärztliche Bescheinigung entspricht einem ärztlichen Zeugnis. Dem Arbeitgeber ist die ärztliche Bescheinigung auszuhändigen. Dieser hat die ordnungsgemäße Dokumentation des Arztes als auch die Einhaltung der 14-Monats-Frist zu überprüfen. Außerdem hat er zu kontrollieren, ob Tätigkeiten benannt sind, durch deren Ausführung der Arzt die Gesundheit des Jugendlichen gefährdet sieht. Jedoch ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet zu prüfen, ob die Untersuchung stattgefunden hat oder ob sie den gesetzlichen Anforderungen nach § 37 JArbSchG genügt. Der Arbeitgeber hat die Bescheinigung nach § 41 JArbSchG aufzubewahren und nach § 35 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder § 29 Abs. 2 Handwerksordnung (HandwO) der zuständigen Stelle bei Aufforderung vorzulegen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 14 und 15).

#### *Folgen fehlender Bescheinigung*

Liegt zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses keine ärztliche Bescheinigung vor, so darf der Arbeitgeber den Jugendlichen nicht beschäftigen. Bei Verstoß kann gegen den Arbeitnehmer ein Bußgeld verhängt werden. Der Arbeits- bzw. Ausbildungsvertrag ist bei Fehlen der ärztlichen Bescheinigung nicht nichtig, sondern nach §§ 308 und 309 BGB schwebend unwirksam. Dies bedeutet, dass die Beschäftigung aufgenommen werden kann, sobald eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt oder der Jugendliche 18 Jahre alt wird, da der Vertrag als von Anfang an gültig anzusehen ist. Solange eine schwebende Unwirksamkeit des Arbeits- bzw. Ausbildungsvertrags vorliegt, darf keine Beschäftigung oder Ausbildung erfolgen. Außerdem ruhen die Lohnzahlungspflichten. Der Jugendliche ist berechtigt, die Arbeitsleistung zu verweigern und der Arbeitgeber ist verpflichtet, jegliche Arbeitsleistungen des Jugendlichen abzulehnen. Legt der Jugendliche dem Arbeitgeber auch nach mehrmaliger Mahnung die ärztliche Bescheinigung nicht vor, so hat der Arbeitgeber das Recht zur außerordentlichen Kündigung des Jugendlichen. Wird der Jugendliche trotz Nichtvorlage der Bescheinigung beschäftigt, ist der Arbeitgeber verpflichtet, sowohl Lohnzah-

lungen zu leisten als auch Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 16 und 17).

#### *Pflichten des Jugendlichen*

Der Jugendliche hat gegenüber dem Staat keine öffentlich-rechtliche Pflicht, sich der Erstuntersuchung zu unterziehen. Es besteht aber eine privatrechtliche Pflicht des Jugendlichen gegenüber dem Arbeitgeber, sich untersuchen zu lassen und die Bescheinigung vorzulegen, da der Jugendliche sich im Rahmen des Ausbildungs- oder Arbeitsvertrags verpflichtet, eine Arbeitsleistung zu erbringen. Diese Pflicht kann nur erfüllt werden, wenn der Jugendliche sich einer Erstuntersuchung unterzieht und die ärztliche Bescheinigung dem Arbeitgeber vorlegt (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 18 und 19).

#### *Verstöße*

Beschäftigt der Arbeitgeber einen Jugendlichen ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung, so begeht er eine Ordnungswidrigkeit (§ 58 Abs. 1 Nr. 22 JArbSchG). Wird dadurch die Gesundheit oder Arbeitskraft des Jugendlichen gefährdet oder wird die Ordnungswidrigkeit beharrlich wiederholt, macht sich der Arbeitgeber strafbar (§ 58 Abs. 5 oder 6 JArbSchG). Eine derartige Ordnungswidrigkeit oder Straftat kann ausschließlich seitens des Arbeitgebers begangen werden, nicht aber durch den Jugendlichen, seinen Personensorgeberechtigten oder durch den untersuchenden Arzt.

#### *Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte*

Die Durchführungsberechtigten der Erstuntersuchung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes sind Ärzte, laut Definition Personen, die eine Approbation als Arzt besitzen. Dazu gehören sowohl frei praktizierende Ärzte, verbeamtete Ärzte als auch Ärzte im Angestelltenverhältnis wie z. B. Hausärzte, Schulärzte, Amtsärzte, Gewerbeärzte oder Betriebsärzte. Bisherige Bemühungen, ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes durch Ärzte mit arbeitsmedizinischer Sachkenntnis durchführen zu lassen, sind als nicht realisierbar abgelehnt worden, da zum Zeitpunkt der Gesetzgebung nicht genügend Arbeitsmediziner zur Verfügung standen (RUTENFRANZ, LABROT et. al., 1988). Es gilt das Prinzip der freien Arztwahl, sodass sich der Jugendliche und dessen Personensorgeberechtigte nicht an Vorschlägen oder Weisungen des Arbeitgebers bezüglich des zu konsultierenden Arztes orientieren müssen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 32, Anm. 7-9; BT-Drucks. 7/2305, S. 36).

#### 3.4.4.2 Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)

##### *Anlass/Art*

Ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung hat sich der Jugendliche einer ersten Nachuntersuchung zu unterziehen will er nicht Gefahr laufen, dass er nicht weiterbeschäftigt wird. Eine Ausnahme besteht analog zur Erstuntersuchung beispielsweise für geringfügig beschäftigte Jugendliche. Wird im ersten Jahr der Beschäftigung die Volljährigkeit erreicht, so entfällt die erste Nachuntersuchung für den betroffenen Jugendlichen, auch wenn das Beschäftigungsverhältnis noch nicht beendet ist. Legt ein Jugendlicher dem Arbeitgeber nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung die ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nicht vor, so tritt ein Beschäftigungsverbot in Kraft (§ 33 Abs. 3 JArbSchG).

*Zweck/Ziel*

Anlässlich der ersten Nachuntersuchung sollen die Auswirkungen der Beschäftigung auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen im Verlauf einer zwölfmonatigen Arbeitstätigkeit erfasst werden. Werden gesundheitliche Beschwerden festgestellt, die mit der Arbeitstätigkeit des Jugendlichen in Zusammenhang stehen, werden entsprechende Maßnahmen (z. B. Ableitungen von Empfehlungen für den Jugendlichen und dessen Personensorgeberechtigte) eingeleitet.

*Inhalt*

Ein Jahr nach der Beschäftigung hat sich der Arbeitgeber eine Bescheinigung über eine erste Nachuntersuchung vorlegen zu lassen. Die erste Nachuntersuchung darf nicht länger als drei Monate zurückliegen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Jugendliche noch beim ursprünglichen Arbeitgeber beschäftigt ist oder ein zweites Beschäftigungsverhältnis begonnen hat. Der Jugendliche und seine Personensorgeberechtigten haben auch bei dieser Untersuchung freie Arztwahl. Ebenfalls entspricht die Rechtsbeziehung zum Arzt derer bei der Erstuntersuchung. Der Arzt hat die erste Nachuntersuchung mittels eines veränderten Untersuchungsbogens auszuführen, der zusätzlich mögliche Auswirkungen der Beschäftigung auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen erfasst. § 33 Abs. 1 Satz 3 JArbSchG verdeutlicht, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass der Jugendliche die ärztliche Bescheinigung der ersten Nachuntersuchung dem Arbeitgeber vorlegt. Doch sowohl die erste Nachuntersuchung als auch die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung beim Arbeitgeber ist für den Jugendlichen nicht im öffentlich rechtlichen Sinne verpflichtend. Eine Nebenpflicht ergibt sich nur aus dem Ausbildungs- oder Arbeitsvertrag. Bei einer Nichtvorlage der ärztlichen Bescheinigung droht dem Jugendlichen nicht sofort ein Beschäftigungsverbot. Dieses wird erst 14 Monate nach Beschäftigungsbeginn wirksam (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 33, Anm. 10).

*Aufgabe des Arbeitgebers*

Spätestens ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung ist die erste Nachuntersuchung durchzuführen. Die Fristberechnung erfolgt nach §§ 188 Abs. 2 i. V. m. § 187 Abs. 1 BGB. Sie beginnt mit dem ersten tatsächlichen Arbeitstag des Jugendlichen und endet am ersten Tag des zweiten Beschäftigungsjahres, wobei Fehlzeiten beispielsweise aufgrund von Krankheit, Urlaub oder Ausbildungswechsel außer Betracht bleiben. Der früheste Termin zur Durchführung der ersten Nachuntersuchung ist drei Monate vor Fristablauf möglich. Der Arbeitgeber hat die Pflicht, den Jugendlichen neun Monate nach Aufnahme der ersten Beschäftigung in schriftlicher oder mündlicher Form nachdrücklich darauf hinzuweisen, die erste Nachuntersuchung durchführen zu lassen und ihm die ärztliche Bescheinigung spätestens ein Jahr nach Tätigkeitsaufnahme vorzulegen (§ 33 Abs. 1 Satz 3 JArbSchG). Eine Sanktion ist an diese Vorschrift nicht geknüpft. Unterlässt der Arbeitgeber diesen nachdrücklichen Hinweis, so muss sich dieser gegebenenfalls ein Mitverschulden an einem eventuellen Beschäftigungsverbot und dessen Folgen zurechnen lassen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 33, Anm. 6 und 7).

*Nichtvorlage der Bescheinigung (§ 33 Abs. 2)*

Wird dem Arbeitgeber nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres die Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Jugendlichen innerhalb eines Monats schriftlich zu deren Vorlage aufzufordern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 JArbSchG). Sowohl dem Personensorgeberechtigten als

auch dem Betriebs- oder Personalrat ist eine Kopie des Aufforderungsschreibens zu übersenden (§ 33 Abs. 2 Satz 2). Eine Unterlassung dieser Aufforderung seitens des Arbeitgebers zieht eine Ordnungswidrigkeit nach sich (§ 59 Abs. 1 Nr. 4; ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 33, Anm. 8).

#### *Beschäftigungsverbot (§ 33 Abs. 3)*

Legt der Jugendliche dem Arbeitgeber spätestens nach Ablauf von 14 Monaten nach Beschäftigungsbeginn keine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung vor, so tritt nach § 33 Abs. 3 JArbSchG ein Beschäftigungsverbot in Kraft. Das Beschäftigungsverbot währt so lange, bis der Jugendliche die Bescheinigung dem Arbeitgeber aushändigt oder das 18. Lebensjahr erreicht. Wird das Beschäftigungsverbot aufgehoben, so gelten die ursprünglichen Rechte und Pflichten des Arbeitsvertrags. Während des Beschäftigungsverbots ist der Arbeitsvertrag schwebend unwirksam, sodass Arbeits- und Lohnzahlungspflichten ruhen. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, alle Arbeitsleistungen des betroffenen Jugendlichen abzulehnen. Er hat nach vergeblicher schriftlicher Aufforderung des Jugendlichen zur Vorlage der ärztlichen Bescheinigung die Möglichkeit der außerordentlichen Kündigung (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 33, Anm. 10 und 11).

#### *Verstöße*

Findet vorsätzlich oder fahrlässig keine oder keine rechtzeitige Aufforderung seitens des Arbeitgebers zur Vorlage der ärztlichen Bescheinigung der ersten Nachuntersuchung statt, so handelt dieser ordnungswidrig (§ 59 Abs. 1 Nr. 4 JArbSchG). Ebenso handelt ein Arbeitgeber ordnungswidrig, wenn er einen Jugendlichen trotz Beschäftigungsverbots aufgrund Nichtvorlage der Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung beschäftigt, gegebenenfalls macht er sich strafbar (§ 58 Abs. 5 oder 6 JArbSchG) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 33, Anm. 13).

#### *Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte*

Die erste Nachuntersuchung unterliegt analog zur Erstuntersuchung dem Prinzip der freien Arztwahl, wobei alle approbierten Ärzte befugt sind, eine derartige Untersuchung durchzuführen.

### 3.4.4.3 Weitere Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG)

#### *Anlass/Art*

Ein jugendlicher Beschäftigter kann sich nach der ersten Nachuntersuchung im jährlichen Abstand weiteren Nachuntersuchungen unterziehen (§ 34 Satz 1 JArbSchG). Diese Nachuntersuchungen sind als Angebot an den Jugendlichen zu verstehen, das er auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen kann, wenn er gesundheitliche Beschwerden oder arbeitsbedingte Einschränkungen vermutet. Der Arbeitgeber hat ihn zu diesem Zwecke ohne Entgeltausfall freizustellen. Bei Nichtinanspruchnahme entstehen keine Konsequenzen für den Jugendlichen oder den Arbeitgeber. Werden weitere Nachuntersuchungen auf Wunsch des Jugendlichen durchgeführt, sollte dieser die erhaltene ärztliche Bescheinigung dem Arbeitgeber aushändigen. Er ist dazu jedoch nicht verpflichtet (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34, Anm. 3).

#### *Zweck/Ziel*

Weitere Nachuntersuchungen verfolgen die Zielsetzung, mögliche Auswirkungen der Beschäftigung auf den Gesundheits- als auch den Entwicklungsstand des Jugendli-

chen jährlich zu überprüfen, um diesen wirksam schützen zu können (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34 Anm. 2).

#### *Inhalt*

Form und Inhalte der weiteren Nachuntersuchungen entsprechen der ersten Nachuntersuchung.

#### *Empfehlung für den Arbeitgeber*

Entsprechend § 34 Satz 2 JArbSchG soll der Arbeitgeber rechtzeitig auf die Möglichkeit, weitere Nachuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, hinweisen. Ebenfalls sollte der Arbeitgeber darauf hinwirken, dass der Jugendliche ihm im Falle der Durchführung einer derartigen Nachuntersuchung die ärztliche Bescheinigung vorlegt. Der Arbeitgeber ist jedoch dazu nicht gesetzlich verpflichtet. Es handelt sich lediglich um eine Empfehlung des Gesetzgebers, sodass bei Nichtbeachtung keine Strafe oder Geldbuße zu erwarten ist (vgl. §§ 58 und 59 JArbSchG) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34, Anm. 4).

#### *Ärztliche Bescheinigung mit Gefährdungsvermerk*

Enthält die ärztliche Bescheinigung einer weiteren Nachuntersuchung einen Gefährdungsvermerk, so ist der Arbeitgeber verpflichtet, diesen nach § 40 JArbSchG zu beachten. Im Falle, dass der Arbeitgeber die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die weitere Nachuntersuchung nicht verlangt, weil er Kenntnisse über mögliche Gesundheitsgefährdungen des Jugendlichen hat und einen möglichen Gefährdungsvermerk und demzufolge Beschäftigungseinschränkungen befürchtet, kann dieser wegen Verletzung seiner Fürsorgepflicht herangezogen werden (Ordnungswidrigkeit nach § 58 Abs. 1 Nr. 25 JArbSchG). Der Jugendliche kann dementsprechend Schadensersatzansprüche anmelden. Er wird sich jedoch ein Mitverschulden im Sinne des § 254 BGB entgegenhalten lassen müssen, wenn er dem Arbeitgeber die ärztliche Bescheinigung mit Gefährdungsvermerk vorenthalten hat (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34, Anm. 4).

#### *Verstöße*

§ 34 JArbSchG ist grundsätzlich – d. h. falls keine besonderen Umstände vorliegen – nicht mit Sanktionen belegt, da diese Vorschrift auch keine privatrechtliche Verpflichtung enthält (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34, Anm. 5).

#### *Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte*

Weitere Nachuntersuchungen unterliegen analog zur Erstuntersuchung und zur ersten Nachuntersuchung dem Prinzip der freien Arztwahl, wobei alle approbierten Ärzte befugt sind, eine derartige Untersuchung durchzuführen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 34, Anm. 3).

### 3.4.4.4 Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)

#### *Anlass/Art*

Der untersuchende Arzt ist aufgefordert, bei jeder regulären Untersuchung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes zu überprüfen, ob eine außerordentliche Nachuntersuchung induziert ist. Eine der folgenden Voraussetzungen muss vorliegen, damit der Arzt berechtigt ist, eine außerordentliche Nachuntersuchung anzuordnen:

- wenn ein Jugendlicher dem seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand nicht gerecht wird (Dies hat der Arzt aufgrund allgemeiner Erfahrungen und nach allgemeinen Kriterien der normalen altersgemäßen Entwicklung junger Menschen zu beurteilen),
- wenn beim betroffenen Jugendlichen gesundheitliche Schwächen oder Schäden zu erkennen sind (Dies hat der Arzt nach den sonst üblichen ärztlichen Regeln festzustellen),
- wenn die Auswirkungen der Beschäftigung auf den Gesundheits- bzw. Entwicklungsstand des betroffenen Jugendlichen nicht in ihrer Gesamtheit zu erfassen sind (Hier ist die Arbeitstätigkeit im Allgemeinen sowie im konkreten Fall gemeint).

Der Arzt kann den Jugendlichen jedoch nicht rechtlich verpflichten, eine außerordentliche Nachuntersuchung in Anspruch zu nehmen, sondern die Untersuchung nur ärztlich anordnen, d. h. der Jugendliche kann selbst entscheiden, ob er der Anordnung des Arztes Folge leistet. Der Arzt hat zu prüfen, ob ohne die gewünschten Untersuchungsbefunde eine ärztliche Bewertung möglich ist. Kann dies nicht erfolgen, ist keine abschließende ärztliche Bewertung möglich und die ärztliche Bescheinigung nicht ausstellbar. Nimmt der Jugendliche die Untersuchung nicht in Anspruch, so muss er sich im Falle eines Schadenersatzanspruches mitwirkendes Verschulden entgegenhalten lassen (§ 254 BGB) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 35, Anm. 4).

#### *Zweck/Ziel*

Die ärztliche Betreuung Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes soll mittels außerordentlicher Nachuntersuchungen gezielt verstärkt werden. Gegebenenfalls ist es erforderlich, den Jugendlichen kontinuierlich ärztlich zu betreuen. Eine außerordentliche Nachuntersuchung entspricht einer zusätzlichen Untersuchung und ist nicht für jeden Jugendlichen die Regel, sondern erfolgt nur aufgrund besonderer ärztlicher Anordnung (§ 35 Abs. 1 JArbSchG) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 35, Anm. 1).

#### *Inhalt*

Die außerordentliche Nachuntersuchung wird gemäß der Durchführungskriterien bzw. Regelungen durchgeführt, die für andere Nachuntersuchungen gelten und es werden die entsprechenden Untersuchungsbögen und Vordrucke eingesetzt. Weiterhin erfolgt sowohl die Freistellung des betroffenen Jugendlichen (§ 43 JArbSchG) als auch die Kostenübernahme (§ 44 JArbSchG) nach den Regelungen, die auch für andere Jugendarbeitsschutzuntersuchungen greifen. Die außerordentliche Nachuntersuchung findet zeitlich unabhängig von regulären Nachuntersuchungen (§ 33 Abs. 1 und § 34 JArbSchG) statt. Fällt sie jedoch in die Fristen der ersten oder einer weiteren Nachuntersuchung, so gilt die außerordentliche Nachuntersuchung als erste oder weitere Nachuntersuchung, da es Doppeluntersuchungen zu vermeiden gilt (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998; § 35 Anm. 6).

#### *Weitere Pflichten des Arztes*

Der untersuchende Arzt hat die Anordnung der außerordentlichen Nachuntersuchung den Personensorgeberechtigten des betroffenen Jugendlichen schriftlich mitzuteilen (§ 39 Abs. 1 Nr. 4 JArbSchG). Der Arbeitgeber darf ohne Zustimmung des betroffenen Jugendlichen oder dessen Personensorgeberechtigten nicht informiert werden.

*Verstöße*

Eine Nichtbeachtung des § 35 Abs. 1 JArbSchG seitens des Arztes hat keine straf- oder bußgeldrechtlichen Folgen. Erfolgt jedoch eine notwendige außerordentliche Nachuntersuchung aufgrund Nichtanordnung des Arztes nicht, können daraus Schadensersatzansprüche aus dem Arztvertrag und aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 ff BGB resultieren (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 35, Anm. 7).

*Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte*

Außerordentliche Nachuntersuchungen sind vom untersuchenden Arzt der Erst-, Nach- oder weiteren Nachuntersuchung durchzuführen. Es gibt keine Hinweise darauf, ob der Jugendliche bei Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung einen Arztwechsel vornehmen kann. Da jedoch das Prinzip der freien Arztwahl herrscht, ist davon auszugehen, dass dies zulässig ist.

3.4.4.5      Ergänzungsuntersuchung (§ 38 JArbSchG)*Anlass/Art*

Bei der Ergänzungsuntersuchung handelt es sich um eine Teilkörperuntersuchung, z. B. der Augen, der Haut oder bestimmte Laboruntersuchungen. Der untersuchende Arzt ist verpflichtet, eine derartige Untersuchung im Rahmen der Erst- oder Nachuntersuchung anzuordnen, wenn der Gesundheits- und Entwicklungszustand des betroffenen Jugendlichen nur unter Einbezug des Ergebnisses der Ergänzungsuntersuchung beurteilt werden kann.

Die Notwendigkeit einer Ergänzungsuntersuchung ist seitens des untersuchenden Arztes schriftlich zu begründen. Im Falle einer Ergänzungsuntersuchung existieren in den meisten Bundesländern keine Untersuchungsberechtigungsscheine. Der Arzt ist jedoch verpflichtet, einen Überweisungsschein zum jeweiligen Fach- oder Zahnarzt auszustellen. Die Überweisungsscheine gelten gleichzeitig als Liquidation für die Abrechnung.

*Zweck/Ziel*

Ergänzungsuntersuchungen werden zum Zweck der Inanspruchnahme eines bestimmten Facharztes oder einer bestimmten medizinischen Diagnostikmethode durchgeführt.

*Inhalt*

Für die Durchführung der Ergänzungsuntersuchung existiert kein Untersuchungsbogen. Der Verlauf und die Ergebnisse der Ergänzungsuntersuchung sind in jeder geeigneten Form festzuhalten und müssen dem untersuchenden Arzt, der die Ergänzungsuntersuchung veranlasst hat, schriftlich mitgeteilt werden. Die Personensorgeberechtigten des betroffenen Jugendlichen müssen über das Ergebnis der Ergänzungsuntersuchung nicht gesondert informiert werden (§ 39 JArbSchG). Das Ergebnis fließt aber in das Ergebnis der jeweiligen Untersuchung ein, über welches die Personensorgeberechtigten informiert werden. Weigert sich der betroffene Jugendliche, eine Ergänzungsuntersuchung in Anspruch zu nehmen, so kann er zur Inanspruchnahme nicht gezwungen werden. Der Jugendliche muss jedoch die Konsequenzen der Verweigerung tragen, die dazu führen kann, dass der untersuchende Arzt aufgrund des Fehlens wichtiger Informationen nicht in der Lage ist, eine abschließende ärztliche Begutachtung durchzuführen und dementsprechend dem Jugendlichen keine ärztliche Bescheinigung aushändigen kann.

*Pflichten des Arbeitgebers*

Der Arbeitgeber hat den Jugendlichen zum Zwecke der Ergänzungsuntersuchung ohne Entgeltausfall freizustellen (§ 43 JArbSchG) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 38 Anm. 6).

*Verstöße*

Ein Verstoß des Arztes gegen § 38 JArbSchG wird nicht als Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt. Wird seitens des Arztes eine notwendige Ergänzungsuntersuchung wissentlich nicht angeordnet und der Jugendliche erleidet dadurch einen gesundheitlichen Nachteil, so hat der Jugendliche Anspruch auf Schadensersatz aus dem Arztvertrag sowie aus unerlaubter Handlung nach §§ 823 ff. BGB (vgl. ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 38 Anm. 7).

*Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte*

Die Durchführung einer Ergänzungsuntersuchung sollte nach § 38 JArbSchG ein anderer Arzt – insbesondere ein Facharzt – oder auch ein Zahnarzt übernehmen. Ist der untersuchende Arzt jedoch in der Lage, die Ergänzungsuntersuchung selbst durchzuführen, so kann er diese vornehmen und muss entsprechend entlohnt werden. § 38 des JArbSchG zu Folge ist es lediglich erforderlich, die Ergänzungsuntersuchung ordnungsgemäß durchzuführen. Überweist der untersuchende Arzt den Jugendlichen zum Zwecke der Ergänzungsuntersuchung an einen Fach- oder Zahnarzt, so kann er einen anderen Arzt oder Zahnarzt empfehlen. Der Jugendliche und dessen Personensorgeberechtigte können im Sinne der freien Arztwahl einen geeigneten Arzt letztlich aber selbst bestimmen. Liegen die Ergebnisse der Ergänzungsuntersuchung vor, so obliegt die abschließende Beurteilung dem Arzt, der die Gesamtuntersuchung durchgeführt hat (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 38 Anm. 3).

#### 3.4.4.6      Ärztliche Untersuchungen bei Wechsel des Arbeitgebers (§ 36 JArbSchG)

*Arbeitgeberwechsel*

Arbeitgeber im Sinne des § 36 JArbSchG ist, wer ein Kind oder einen Jugendlichen gemäß § 1 JArbSchG beschäftigt; und zwar nicht nur geringfügig und länger als zwei Monate (Vgl. § 32 Abs. 2 JArbSchG). Ein Arbeitgeberwechsel liegt vor, wenn der Jugendliche zu einem anderen Arbeitgeber geht und von diesem tatsächlich beschäftigt wird. Ein Wechsel liegt nicht vor, wenn der Jugendliche unter demselben Arbeitgeber lediglich den Arbeitsplatz oder den Betrieb wechselt. Ebenfalls findet kein Arbeitgeberwechsel bei einem Betriebsübergang oder einem Betriebsinhaberwechsel statt.

*Anlass/Art*

Im Falle eines Arbeitgeberwechsels darf ein Jugendlicher nur beschäftigt werden, wenn er dem Arbeitgeber die ärztliche Bescheinigung über die Erstuntersuchung vorlegt. Dieses Beschäftigungsverbot gilt unabhängig davon, ob eine Erstuntersuchung durchgeführt wurde und wie lange diese bereits zurückliegt. Hat der betroffene Jugendliche bereits das 18. Lebensjahr erreicht, ist diese Vorschrift nicht mehr anwendbar. Ist der Jugendliche bereits seit einem Jahr in Beschäftigung, muss dem Arbeitgeber neben der ärztlichen Bescheinigung für die Erstuntersuchung auch die Bescheinigung für die erste Nachuntersuchung vorgelegt werden (§ 36 JArbSchG).



*Zweck/Ziel*

Um den Jugendlichen auch bei einem Arbeitgeberwechsel vor eventuellen Schädigungen und Gesundheitsgefährdungen durch die Berufsarbeit lückenlos zu schützen, soll sowohl die Durchführung ärztlicher Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes sichergestellt als auch die Ergebnisse der vor dem Arbeitgeberwechsel bereits durchgeführten Untersuchungen ausreichend berücksichtigt werden.

*Erstuntersuchung*

Wurde der betroffene Jugendliche noch nicht ärztlich untersucht, so geht das Beschäftigungsverbot nach § 32 Abs. 1 JArbSchG für den alten Arbeitgeber in ein Beschäftigungsverbot nach § 36 Abs. 1 JArbSchG für den neuen Arbeitgeber auf. Beide Beschäftigungsverbote haben grundsätzlich die gleichen Inhalte und Folgen. Hat sich der Jugendliche bereits einer Erstuntersuchung unterzogen, so hat er dem Arbeitgeber die entsprechende ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Untersuchung muss nicht wiederholt werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Fehlt die Untersuchung, hat sich der Jugendliche dieser zu unterziehen.

*Erste Nachuntersuchung*

Ist seit Aufnahme der Beschäftigung durch den Jugendlichen ein Jahr vergangen und liegt dem Arbeitgeber die ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nicht vor, so darf er den Jugendlichen nicht beschäftigen (§ 36 JArbSchG). Im Gegensatz zum Beschäftigungsverbot nach § 33 Abs. 3 JArbSchG gilt nach dem Arbeitgeberwechsel das Beschäftigungsverbot nach § 36 JArbSchG nicht erst nach Ablauf von 14 Monaten, sondern bereits nach Ablauf eines Jahres nach Aufnahme der ersten Beschäftigung. Das zeitlich früher gelagerte Beschäftigungsverbot nach § 36 JArbSchG greift allerdings nur bei einem Arbeitgeberwechsel, der erst ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung stattfindet. Bei einem früheren Arbeitgeberwechsel kommt § 33 JArbSchG mit seinen besonderen Mahn- und Aufforderungspflichten des Arbeitgebers zur Anwendung. Der neue Arbeitgeber hat bei Einstellung des Jugendlichen somit die Pflicht, den Eintritt des Jugendlichen in das Berufsleben genau zu prüfen, damit er seine Pflichten gemäß § 33 JArbSchG erfüllen kann (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 36 Anm. 4).

*Mehrere Arbeitgeber*

Hat der Jugendliche mehrere Arbeitgeber, so muss jedem ein Abdruck der ärztlichen Bescheinigung vorliegen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 36 Anm. 5).

*Vorliegen der relevanten ärztlichen Bescheinigung(en)*

Liegen dem neuen Arbeitgeber alle zum Beschäftigungsbeginn des Jugendlichen notwendigen ärztlichen Bescheinigungen vor, so darf die Beschäftigung erfolgen.

*Verweigerung der Herausgabe der Bescheinigung(en) durch den alten Arbeitgeber*

Verweigert der alte Arbeitgeber die Aushändigung der ärztlichen Bescheinigung(en), so ist der Jugendliche berechtigt, auf deren Aushändigung zu klagen (§ 41 Abs. 2 JArbSchG). Das drohende Beschäftigungsverbot nach § 36 JArbSchG kann in diesem Fall durch die Vorlage der für den Personensorgeberechtigten bestimmten ärztlichen Mitteilung des § 39 Abs. 1 JArbSchG vermieden werden, da auch diese die für den Arbeitgeber relevanten Informationen enthält (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 36 Anm. 5).

*Verstöße*

Beschäftigt der neue Arbeitgeber den Jugendlichen vorsätzlich oder fahrlässig ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung(en), so begeht dieser eine Ordnungswidrigkeit (§ 58 Abs. 1 Nr. 24 JArbSchG); gegebenenfalls macht er sich strafbar (§ 58 Abs. 5 und 6 JArbSchG) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 36 Anm. 7).

3.4.4.7 Eingesetzte Mittel und Methoden im Rahmen der Untersuchungen*Untersuchungsinhalte*

In § 37 JArbSchG sind für alle ärztlichen Untersuchungen der Inhalt, die Beurteilungsgrundlagen sowie die Beurteilungsziele und die Beurteilungsform festgelegt, um eine einheitliche gesundheitliche Betreuung Jugendlicher zu gewährleisten. Dieser Zielsetzung entspricht auch die Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV). Mit § 37 Abs. 3 JArbSchG soll sowohl das Zurückgreifen auf frühere Untersuchungsergebnisse (z. B. der Erstuntersuchung) als auch die gegenseitige Unterrichtung von Ärzten im Rahmen des § 45 JArbSchG ermöglicht werden. Die Vorschriften des § 37 JArbSchG und der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung gelten zwingend für alle Ärzte, die ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes – mit Ausnahme von Ergänzungsuntersuchungen – durchführen. Um den Gesundheits- und Entwicklungsstand sowie die körperliche Beschaffenheit des Jugendlichen festzustellen, werden folgende Methoden angewandt:

- eine anamnestische Befragung des Jugendlichen sowie
- eine eingehende Ganzkörperuntersuchung.

Die anamnestische Befragung wird mittels eines Erhebungsbogens nach § 3 der JArbSchUV durchgeführt.

Ärztliche Befragungen als auch die ärztliche Untersuchung sind ferner unter Nutzung eines Untersuchungsbogens (§ 4 JArbSchUV) zu organisieren. Der Aufbau des Untersuchungsbogens ist an einen typischen ärztlichen Untersuchungsgang angelehnt. Der Arzt befragt zunächst den Jugendlichen zu allen im Bogen aufgeführten Fragen, anschließend findet die Befunderhebung statt. Diese folgt einer allgemein-ärztlich typischen Vorgehensweise, wobei die üblichen Hilfsmittel genutzt werden sollen. Einige anzuwendende Vorgehensweisen sind vorgeschrieben, z. B.:

- der Test der Farbtüchtigkeit,
- der Urinbefund,
- das Somatogramm (Erfassung von Größe, Alter und Gewicht).

Der Arzt hat ausschließlich eindeutige Abweichungen vom altersgemäßen Entwicklungsstand zu vermerken. Ebenfalls hat der untersuchende Arzt jeden Befund darauf zu überprüfen, ob dadurch bei der Ausführung bestimmter Arbeiten oder bei der Beschäftigung zu bestimmten Zeiten die Gesundheit oder Entwicklung des betroffenen Jugendlichen gefährdet wird.

Eine allgemeingültige Vorgehensweise im Hinblick auf die ärztliche Untersuchung ist nicht festgelegt.

### *Ärztliche Beurteilung*

Beurteilungsgrundlage stellen in erster Linie die erhobenen ärztlichen Befunde dar; des Weiteren, wenn erfolgt, die Ergebnisse einer Ergänzungsuntersuchung. Die Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen muss, soweit dies im Erhebungsbogen und durch Befragung des Jugendlichen und dessen Personensorgeberechtigten ermittelt werden kann, ebenfalls berücksichtigt werden. Der Arzt ist nicht verpflichtet, von anderen Ärzten Informationen zur Krankheitsgeschichte des betroffenen Jugendlichen zu beschaffen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 37 Anm. 6). Die Beurteilungsziele sind im § 37 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 JArbSchG festgelegt, wobei im Vordergrund der Beurteilung die Beantwortung der Frage steht, ob der untersuchte Jugendliche durch die Ausführung bestimmter Tätigkeiten oder durch die Arbeit zu bestimmten Zeiten in seiner Gesundheit und weiteren Entwicklung gefährdet ist. Im Beurteilungskatalog des Untersuchungsbogens sind Arbeiten aufgeführt, die der Arzt bei einer möglichen Gefährdung anzukreuzen hat. Nicht aufgeführte Arbeiten hat der Arzt gesondert zu benennen (z. B. Arbeiten, bei denen allergische Reaktionen zu erwarten sind). Die zu erfolgenden ärztlich angeordneten Maßnahmen sind genau zu beschreiben (z. B. Kuraufenthalt oder Zahnarztbesuch). Wird eine außerordentliche Nachuntersuchung angeordnet, so ist eine Durchführungsfrist zu benennen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 37 Anm. 7).

### *Ärztliche Aufzeichnungen*

Der Arzt ist verpflichtet nachstehende Aspekte in einem gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungsbogen (nach § 4 Abs.1 JArbSchUV) schriftlich zu fixieren (§ 37 Abs. 3 JArbSchG):

- den Untersuchungsbefund,
- Arbeiten, durch deren Ausführung er die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält,
- der Gesundheit dienende Maßnahmen und
- die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung.

Die Aufzeichnungspflicht gilt mit Ausnahme der Ergänzungsuntersuchung für alle ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist die Vorschrift entfallen, dass der Arzt ein Zweitstück des Untersuchungsbogens für statistische Zwecke herzustellen hat. Statistische Datenerhebungen sind aufgrund der Landesstatistikgesetze zu regeln. Der Arzt ist verpflichtet, den bei ihm verbleibenden Erhebungsbogen 10 Jahre aufzubewahren (§ 4 Abs. 3 JArbSchUV) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 37 Anm. 8).

### *Ärztliche Schweigepflicht*

Für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes unterliegt der Arzt der ärztlichen Schweigepflicht. Dementsprechend ist der untersuchende Arzt nicht befugt, geheimhaltungsbedürftige Tatsachen, die bei der Untersuchung bekannt werden oder ihm aufgrund seiner Stellung anvertraut werden, unbefugt zu offenbaren. Die Schweigepflicht wird in § 39 JArbSchG sowie in den Vordrucken der JArbSchUV berücksichtigt, wonach das Untersuchungsergebnis, der Gesundheit dienliche Maßnahmen und die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung nur dem Personensorgeberechtigten mitzuteilen sind, nicht aber dem Arbeitgeber. Eine ärztliche Schweigepflicht kann jedoch auch gegenüber dem

Personensorgeberechtigten bestehen. Die vom Arzt zu verwendenden Formulare sind entsprechend gekennzeichnet.

#### *Verstöße*

Wenn ein Arzt die Schweigepflicht vorsätzlich missachtet, so wird er nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. Verstöße des Arztes gegen die Regelungen des § 37 JArbSchG oder die Regelungen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung sind hingegen nicht straf- oder bußgeldbewehrt und können dementsprechend nicht geahndet werden. Der Jugendliche kann bei unerlaubter Handlung des Arztes nach § 823 ff. BGB oder aus dem Arztvertrag ggf. Schadensersatzansprüche anmelden (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 37, Anm. 13).

#### *Aufsicht*

Der Aufsichtsbehörde obliegt nach § 51 JArbSchG die Aufsicht über die Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen. Auch die Ausführung der Regelungen des § 37 JArbSchG und der JArbSchUV werden dementsprechend von den Gewerbeaufsichts- bzw. Arbeitsschutzämtern überwacht, jedoch ist die Überwachung der untersuchenden Ärzte begrenzt, da aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine Einsicht in die ärztlichen Aufzeichnungen genommen werden darf. Werden jedoch Verstöße seitens des Arztes festgestellt, beispielsweise durch die Überprüfung der ärztlichen Bescheinigung auf vollständige und korrekte Dokumentation, so kann der betroffene Arzt durch die Aufsichtsbehörde zur Beachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes sowie der JArbSchUV aufgefordert werden. Die Aufsichtsbehörde kann des Weiteren ihre Feststellungen an die Stelle weiterleiten, die für die Abrechnung der Untersuchungskosten zuständig ist (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 37, Anm. 13 und 14).

#### 3.4.4.8 Gefährdungsvermerk (§ 40 JArbSchG)

##### *Bescheinigung mit Gefährdungsvermerk*

Jugendliche dürfen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, die – dem untersuchenden Arzt zu Folge – ihre Gesundheit und Entwicklung gefährden. Diese den Jugendlichen gefährdenden Tätigkeiten hat der Arzt in der Bescheinigung für den Arbeitgeber zu vermerken (§ 39 Abs. 2 JArbSchG). Allein die formelle Eintragung eines Gefährdungsvermerks in die Bescheinigung für den Arbeitgeber löst ein Beschäftigungsverbot nach § 40 Abs. 1 JArbSchG aus, d. h. Gefährdungsvermerke in der Bescheinigung für die Personensorgeberechtigten oder sonstigen Bescheinigungen bleiben wirkungslos. Für den Arbeitgeber ist folglich von Interesse, ob eine oder mehrere der Arbeiten, die in der Arbeitgeberbescheinigung katalogmäßig aufgeführt sind, angekreuzt sind. Des Weiteren hat er zu beachten, ob unter Ziffer 4.10 der Bescheinigung sonstige Arbeitseinschränkungen formuliert sind. Ist dies der Fall, gilt das Beschäftigungsverbot auch für diese Tätigkeiten.

Beschäftigungsverbote nach § 40 Abs. 1 JArbSchG gelten nach Zugang der Bescheinigung beim Arbeitgeber (§§ 130 ff. BGB) und enden, wenn dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung ohne Gefährdungsvermerk vorgelegt wird oder der Jugendliche die Volljährigkeit erreicht. Ist bei Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung der alte Gefährdungsvermerk nicht mehr enthalten, aber eine neue Tätigkeitseinschränkung vermerkt, so gilt ab dem Tag der Vorlage das neue Beschäftigungsver-

bot (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 40, Anm. 3 und 4). Ein Gefährdungsvermerk wirkt sich in Form eines absoluten Beschäftigungsverbots auf den Ausbildungs- oder Arbeitsvertrag aus. Liegt dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung mit einem Gefährdungsvermerk bereits bei Abschluss des Arbeits- oder Ausbildungsvertrags vor und kann der betroffene Jugendliche im Betrieb nur mit Aufgaben beschäftigt werden, auf die sich das Verbot bezieht, so ist der Vertrag nach § 134 BGB rechtsunwirksam. Bezieht sich das Beschäftigungsverbot nur auf einen Teil der zu verrichtenden Arbeiten, so ist der Arbeits- oder Ausbildungsvertrag nur insoweit unwirksam. Wird dem Arbeitgeber erst nach Aufnahme der Tätigkeit eine ärztliche Bescheinigung mit Gefährdungsvermerk vorgelegt, welche sich auf die gesamte Tätigkeit des Jugendlichen bezieht, so ist eine Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses für beide Parteien aus wichtigem Grund möglich.

### *Ausnahmen*

Ausnahmen vom Beschäftigungsverbot des § 40 Abs. 1 JArbSchG können durch die Aufsichtsbehörde nach § 40 Abs. 2 JArbSchG in Form von Ausnahmebewilligungen erteilt werden. Diese können vom Jugendlichen, Arbeitgeber, Personensorgeberechtigten oder gesetzlichen Vertreter des Jugendlichen formlos und ohne Einhaltung einer Frist beantragt oder durch die Aufsichtsbehörde von Amts wegen eingeleitet werden. Eine Ausnahme kann nur im Einvernehmen mit einem Arzt bewilligt werden. Dieser muss keineswegs der Arzt sein, der den Gefährdungsvermerk erstellt hat, es muss sich auch nicht um einen staatlichen Gewerbearzt handeln. Eine neue Untersuchung ist nicht erforderlich; dies liegt im Ermessensspielraum der Aufsichtsbehörde. Wird eine Untersuchung durchgeführt, unterliegt diese nicht den Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes, d. h. Untersuchungsinhalte und -vorgehen können unabhängig von den im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen festgelegten Vorschriften und Vordrucken getätigt werden. Eine ärztliche Bescheinigung wird nicht ausgestellt, ebenfalls ist die Untersuchung an keine festen Untersuchungsmethoden oder Dokumentationserfordernisse gebunden (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 40, Anm. 6 und 7). Die Zulassung einer Ausnahme kann mit Auflagen verbunden werden, wobei das Ziel berücksichtigt werden muss, einen Jugendlichen vor Gefährdungen zu schützen. Auflagen können beispielsweise Nachuntersuchungen, Arbeitsplatzgestaltungsmaßnahmen oder kürzere Arbeitszeiten darstellen. Das Beschäftigungsverbot aufgrund des Gefährdungsvermerks wird erst dann beseitigt bzw. bleibt nur solange beseitigt, solange die Auflage erfüllt wird (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 40, Anm. 8). Wird eine Ausnahmebewilligung seitens der Aufsichtsbehörde verweigert, haben sowohl der Arbeitgeber als auch der Jugendliche das Recht, im Verwaltungsrechtsweg mit einer Verpflichtungsklage nach § 42 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) dagegen vorzugehen. Der untersuchende Arzt, der den Gefährdungsvermerk ausgestellt hat, ist nicht klageberechtigt, da er durch das ausgelöste Beschäftigungsverbot als auch durch dessen Beseitigung rechtlich nicht betroffen ist. Ferner hat der Jugendliche die Möglichkeit, auf eigene Kosten solange einen anderen Arzt aufzusuchen, bis er eine ärztliche Bescheinigung ohne Gefährdungsvermerk erhält (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 40, Anm. 4).

### *Verstöße*

Beschäftigt ein Arbeitgeber vorsätzlich oder fahrlässig einen Jugendlichen mit Arbeiten, die in der ärztlichen Bescheinigung mit einem Gefährdungsvermerk belegt sind, so begeht dieser eine Ordnungswidrigkeit (§ 58 Abs.1 Nr. 25 JArbSchG). Der Arbeitgeber handelt außerdem ordnungswidrig, wenn er einer vollziehbaren Auflage der

Aufsichtsbehörde vorsätzlich oder fahrlässig zuwiderhandelt (vgl. § 58 Abs. 1 Nr. 28 JArbSchG) und muss mit einer Geldstrafe rechnen. Im Falle einer Gefährdung der Gesundheit oder der Arbeitskraft des Jugendlichen erfolgt eine Freiheits- oder Geldstrafe (vgl. § 58 Abs. 5 und 6 JArbSchG). Wird der Jugendliche durch Missachtung des Gefährdungsvermerks seitens des Arbeitgebers geschädigt, so hat er gegen ihn einen Schadensersatzanspruch aus dem Arbeits- oder Ausbildungsvertrag sowie aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 ff. BGB. Wird der Jugendliche trotz Gefährdungsvermerk unerlaubt beschäftigt, hat er außerdem einen Vergütungsanspruch. Stellt ein Arzt einen ungerechtfertigten Gefährdungsvermerk aus, obwohl der betroffene Jugendliche die Tätigkeit schädigungslos ausüben könnte oder umgekehrt und entsteht dem Jugendlichen dadurch ein Schaden, so haftet der Arzt auf Ersatz dieses Schadens (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 40, Anm. 10 und 11).

#### 3.4.4.9 Aufbewahren der ärztlichen Bescheinigung durch den Arbeitgeber (§ 41 JArbSchG)

Um die Unversehrtheit und Zugänglichkeit der ärztlichen Bescheinigungen sicherzustellen, hat der Arbeitgeber die Pflicht, die vom Arzt an den Arbeitgeber ausgestellten ärztlichen Bescheinigungen aufzubewahren. Die Aufbewahrungspflicht währt bis zur Beendigung der Beschäftigung, längstens jedoch bis zur Volljährigkeit des betroffenen Jugendlichen (§ 41 Abs. 1 JArbSchG). Scheidet der Jugendliche aus dem Beschäftigungsverhältnis aus, so hat ihm der Arbeitgeber die Bescheinigungen auszuhändigen. Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde oder der Berufsgenossenschaft ist der Arbeitgeber verpflichtet, die ärztliche Bescheinigung vorzulegen oder einzusenden. Die Einsicht ärztlicher Bescheinigungen seitens der Aufsichtsbehörde ermöglicht zu kontrollieren, ob die Vorschriften der §§ 32 ff. JArbSchG eingehalten werden (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 41, Anm. 3 bis 7). Die Aushändigung der ärztlichen Bescheinigung stellt eine öffentlich-rechtliche Pflicht des Arbeitgebers dar, die mit einem Bußgeld bewehrt ist (vgl. § 59 Abs. 1 Nr. 5 JArbSchG). Die Pflicht endet mit der Herausgabe der Bescheinigung an den Jugendlichen nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses. Wurden Kopien der ärztlichen Bescheinigung erstellt, so sind diese ebenfalls auszuhändigen.

Ferner stellt die Herausgabepflicht zugleich eine privatrechtliche Nebenpflicht des Arbeitgebers aus dem Arbeits- oder Ausbildungsvertrag dar und kann vor dem Arbeitsgericht geltend gemacht werden. Der Arbeitgeber kann eine Herausgabe aufgrund von Lohnrückforderungen usw. nicht verweigern, da er auch öffentlich rechtlich zur Herausgabe verpflichtet ist. Benötigt der Jugendliche vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses die Bescheinigung für die Bewerbung bei einem anderen Arbeitgeber, so ist der derzeitige Arbeitgeber wohl (gesetzlich nicht geregelt) dazu verpflichtet, dem Jugendlichen eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung zur Vorlage beim neuen Arbeitgeber auszuhändigen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 41, Anm. 8). Bewahrt ein Arbeitgeber die ärztliche(n) Bescheinigung(en) entgegen § 41 JArbSchG vorsätzlich oder fahrlässig nicht auf, legt sie der Aufsichtsbehörde oder Berufsgenossenschaft auf deren Verlangen nicht vor oder sendet sie nicht ein oder händigt sie dem Jugendlichen beim Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis nicht aus, so handelt er ordnungswidrig (§ 59 Abs. 1 Nr. 5 JArbSchG). Erleidet der Jugendliche durch einen vorsätzlichen oder fahrlässigen Verstoß des Arbeitgebers gegen § 41 JArbSchG einen Schaden, so kann ihm ein Anspruch auf Schadenersatz aus dem

Arbeits- oder Ausbildungsvertrag oder aufgrund unerlaubter Handlung nach § 823 Abs. 2 BGB zustehen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 41, Anm. 9 und 10).

#### 3.4.4.10 Eingreifen der Aufsichtsbehörde (§ 42 JArbSchG)

§ 42 des JArbSchG sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde die Aufgabe hat, „[...] wenn die dem Jugendlichen übertragenen Arbeiten Gefahren für seine Gesundheit befürchten lassen, dies dem Personensorgeberechtigten und dem Arbeitgeber mitzuteilen und den Jugendlichen aufzufordern, sich durch einen von ihr ermächtigten Arzt untersuchen zu lassen“. Demzufolge verfolgt ein Eingreifen der Aufsichtsbehörde die Zielstellung, den Jugendlichen durch besondere Einzelmaßnahmen vor Gefahren für seine Gesundheit zu schützen.

Die Aufsichtsbehörde greift ein, wenn mindestens der begründete Verdacht einer Gesundheitsgefährdung besteht, d. h. beispielsweise wenn ein Aufsichtsbeamter im Zuge einer Betriebsbegehung den Eindruck hat, ein Jugendlicher verrichtet Arbeiten, die sich für ihn gesundheitsgefährdend auswirken. Auch Hinweise Dritter hat die Aufsichtsbehörde zu überprüfen. Liegt eine erst kürzlich ausgestellte ärztliche Bescheinigung ohne Gefährdungsvermerk vor, so hat der zuständige Aufsichtsbeamte seine Vermutungen besonders zu begründen.

Eine Gefährdung der Entwicklung des Jugendlichen reicht für das Eingreifen der Aufsichtsbehörde nach § 42 JArbSchG nicht aus, in der Regel wird jedoch diese zugleich eine Gesundheitsgefährdung darstellen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 42, Anm. 2). Besteht der begründete Verdacht einer Gesundheitsgefährdung des Jugendlichen durch die Beschäftigung, hat die Aufsichtsbehörde sowohl den Personensorgeberechtigten als auch den Arbeitgeber zu informieren. Der Personensorgeberechtigte ist verpflichtet, sich darum zu kümmern, dass der Jugendliche mit gesundheitlich unbedenklichen Aufgaben beschäftigt wird. Ist dies im momentanen Beschäftigungsverhältnis nicht möglich, hat der Personensorgeberechtigte sich um einen anderen Arbeitsplatz für den Jugendlichen zu bemühen. Der Arbeitgeber sollte nach der Mitteilung durch die Aufsichtsbehörde prüfen, ob er den Jugendlichen mit anderen, nicht gefährdenden Aufgaben beschäftigen kann oder entsprechende Schutzmaßnahmen treffen. Gegen die Mitteilung der Aufsichtsbehörde gibt es kein Rechtsmittel, da diese keinen Verwaltungsakt, sondern bloßes Verwaltungshandeln darstellt. Bei der Mitteilung handelt es sich ferner um kein Beschäftigungsverbot; der Arbeitgeber kann sich jedoch schadensersatzpflichtig machen, falls eine Schädigung des Jugendlichen durch Weiterbeschäftigung vorliegt. In schwerwiegenden Fällen kommt eine Bestrafung wegen Körperverletzung und Gesundheitsgefährdung nach §§ 223 ff. StGB in Betracht (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 42, Anm. 3). Die Aufsichtsbehörde ist verpflichtet, neben der Mitteilung an den Personensorgeberechtigten sowie den Arbeitgeber, den Jugendlichen aufzufordern, sich durch einen von ihr ermächtigten Arzt untersuchen zu lassen. Falls der betroffene Jugendliche eine Untersuchung verweigert, hat die Aufsichtsbehörde das Recht, ein Beschäftigungsverbot nach § 27 Abs. 1 JArbSchG zu erlassen. Da es sich hierbei um einen Verwaltungsakt handelt, kann der Jugendliche im Verwaltungsrechtsweg dagegen vorgehen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 42, Anm. 4).

Unterzieht sich der betroffene Jugendliche im Zuge der Aufforderung der Aufsichtsbehörde der ärztlichen Untersuchung, so wird diese nach den Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes und der JArbSchUV durchgeführt. Stellt sich anlässlich des Eingreifens der Aufsichtsbehörde heraus, dass die vorgeschriebene Erst- oder

Nachuntersuchung noch nicht stattgefunden hat, sind diese Untersuchungen nachzuholen. Der Jugendliche hat das Recht der freien Arztwahl. Haben die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes fristgerecht stattgefunden und enthalten keinen, entsprechend der Aufsichtsbehörde festgestellten Gefährdungsvermerk, so findet § 42 JArbSchG Anwendung, wonach sich der Jugendliche einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Untersuchung zu unterziehen hat. Diese Untersuchung stellt eine besondere Nachuntersuchung dar, wofür entsprechende Formulare zu verwenden sind. Der von der Aufsichtsbehörde ermächtigte Arzt kann von den Ärzten, die vorausgegangene Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführt haben, die Aushändigung der Aufzeichnungen zu den Untersuchungsbefunden verlangen. Der Jugendliche hat in diesem Fall keine freie Arztwahl; der Arzt wird von der Aufsichtsbehörde ausgewählt (z. B. Staatlicher Gewerbearzt, Betriebsarzt) (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 42, Anm. 5). Für keinen der Beteiligten ist der Verstoß gegen § 42 JArbSchG unter Strafe oder Geldbuße gestellt. Unterzieht sich der betroffene Jugendliche nach Aufforderung der Aufsichtsbehörde nicht der ärztlichen Untersuchung, hat der Arbeitgeber das Recht zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 42, Anm. 6).

#### 3.4.4.11 Freistellung für Untersuchungen (§ 43 JArbSchG)

##### *Freistellung (§ 43 Satz 1 JArbSchG)*

Das Ziel der Freistellung besteht darin, dem Jugendlichen die Inanspruchnahme der ärztlichen Untersuchungen zeitlich zu ermöglichen. Die Freistellungspflicht gilt für alle ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes; es handelt sich dabei um eine öffentlich-rechtliche Pflicht des Arbeitgebers. Eine Freistellungsvoraussetzung stellt die tatsächliche Beschäftigung des Jugendlichen dar. Freistellung bedeutet, den Jugendlichen von der Verpflichtung zur Arbeit im Betrieb zur Durchführung der ärztlichen Untersuchungen zu entbinden. Die Dauer der Freistellung umfasst die Zeit für die tatsächliche Untersuchung, Wartezeiten und Wegezeiten für den üblichen Weg. Bekommt der Jugendliche einen Termin vom Arzt vorgegeben, so ist er dafür freizustellen. Hat der Jugendliche jedoch die Möglichkeit, den Termin zu vereinbaren, so hat er die Belange des Betriebs zu berücksichtigen und den Termin gegebenenfalls in der Freizeit wahrzunehmen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm. 2-5). Der Jugendliche hat laut § 43 JArbSchG einen Anspruch auf Freistellung, wobei er jedoch nicht ohne die Zustimmung des Arbeitgebers von der Arbeit fernbleiben darf. Verweigert der Arbeitgeber die Freistellung ohne zwingenden Grund, kann der Jugendliche, wenn auch die Einschaltung des Betriebsrates oder der Aufsichtsbehörde nicht zum Erfolg führt oder zeitlich nicht zumutbar ist, die Freizeit selbst nehmen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm. 6). Der Arbeitgeber ist berechtigt, den Jugendlichen die ausgefallene Arbeitszeit im Rahmen der höchstzulässigen täglichen und wöchentlichen Arbeitszeit und der 5-Tage-Woche vor- bzw. nacharbeiten zu lassen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm. 7). Der vorsätzliche oder fahrlässige Verstoß des Arbeitgebers gegen die Vorschrift des § 43 Satz 1 JArbSchG stellt eine Ordnungswidrigkeit dar (§ 59 Abs.1 Nr. 6 JArbSchG). Dem Jugendlichen kann ein Schadensersatzanspruch zustehen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm. 10).



#### 3.4.4.12 Entgeltausfall (§ 43 Satz 2 JArbSchG)

Gemäß § 42 Satz 2 JArbSchG darf durch die Freistellung für die ärztlichen Untersuchungen ein Entgeltausfall nicht eintreten. Diese Vorschrift soll dem Jugendlichen ermöglichen, ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes ohne finanzielle Einbußen in Anspruch zu nehmen bzw. die Nichtinanspruchnahme aus finanziellen Gründen verhindern. Es geht darum, den Jugendlichen vor einer Kürzung seines Arbeitseinkommens aufgrund der ärztlichen Untersuchung zu schützen. D. h. der Arbeitgeber hat den Jugendlichen so zu vergüten, als ob er durch die Untersuchung keine Arbeitszeit verloren hätte. Fällt die Arbeitszeit zeitgleich auch aus anderen Gründen aus, z. B. aufgrund einer Betriebsruhe oder aufgrund Kurzarbeit, so hat der Arbeitgeber den Lohnausfall durch die Inanspruchnahme der ärztlichen Untersuchung nicht zu ersetzen, da diese anderen Gründe für den Lohnausfall ursächlich sind.

Fahrtkosten und andere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Arztbesuch brauchen ebenfalls vom Arbeitgeber nicht übernommen werden (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm. 9). Eine Verletzung der Vorschrift ist nicht unter Strafe oder Geldbuße gestellt. Der Jugendliche kann die Zahlung des Arbeitsentgelts beim zuständigen Arbeitsgericht einklagen (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 43, Anm.10).

#### 3.4.4.13 Gegenseitige Unterrichtung der Ärzte (§ 45 JArbSchG)

##### *Aushändigung von Aufzeichnungen (§ 45 Abs. 1 JArbSchG)*

Dem untersuchenden Arzt wird die Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes eines Jugendlichen erleichtert, indem er frühere Untersuchungsergebnisse von Ärzten hinzuziehen kann, die ebenfalls Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes am betroffenen Jugendlichen durchgeführt haben. Diese Regelung gilt ausschließlich für Aufzeichnungen zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, nicht aber für Aufzeichnungen zu Untersuchungen, die aufgrund anderer Vorschriften durchgeführt wurden, wie beispielsweise Schuluntersuchungen. Die in § 45 Abs. 1 Nr. 1 und 2 JArbSchG genannten Ärzte haben ein Recht auf Aushändigung der Unterlagen. Der staatliche Gewerbearzt ist immer berechtigt, die Aufzeichnungen einzusehen, auch wenn er keine ärztliche Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durchgeführt hat, da er gegenüber der Aufsichtsbehörde eine beratende Funktion wahrnimmt.

Voraussetzung für die Einsicht in die Unterlagen ist ein entsprechendes Verlangen des berechtigten Arztes und das Einverständnis des Jugendlichen und des Personensorgeberechtigten. Nach § 45 Abs. 1 JArbSchG sind die Aufzeichnungen über die Untersuchungsbefunde, also die Untersuchungsbögen nach § 4 JArbSchUV als auch ggf. ergänzende Unterlagen (z. B. die Erhebungsbögen nach § 3 JArbSchUV, Ergebnisse einer Ergänzungsuntersuchung, eine Röntgenaufnahme) auszuhändigen. Entstehen Versandkosten, so übernimmt diese der Arzt, der die Dokumenteneinsicht fordert. Ferner hat er die Unterlagen nach der Einsicht zurückzusenden. Der einsehende Arzt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

#### 3.4.4.14 Einsicht im Gesundheitsamt (§ 45 Abs. 2 JArbSchG)

Ein Arzt, der Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchführt, kann ferner im Gesundheitsamt beim zuständigen Amtsarzt Einsicht in Unterla-

gen nehmen. Bei dem zuständigen Amtsarzt handelt es sich um den leitenden Arzt des Gesundheitsamtes. Nur er darf Einsicht gewähren. Im Gesundheitsamt können Unterlagen eingesehen werden, die nicht bei Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz entstanden sind, wie beispielsweise bei schulärztlichen Untersuchungen oder bei der Inanspruchnahme von Fürsorge- oder Beratungsstellen. Es muss sich jedoch in jedem Fall um Unterlagen handeln, die den Entwicklungs- und Gesundheitsstand des jeweiligen Jugendlichen betreffen. Die Unterlagen können nur im Gesundheitsamt eingesehen, aber nicht ausgehändigt werden. Einsicht kann zusätzlich zu den Ärzten, die in § 45 Abs. 1 Nr. 2 JArbSchG genannt sind, auch Ärzten gewährt werden, die eine Erstuntersuchung durchführen. Die Einsicht ist an das Verlangen des untersuchenden Arztes sowie an eine Einverständniserklärung des Jugendlichen und des Personensorgeberechtigten geknüpft. Der einsehende Arzt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. § 45 JArbSchG ist nicht straf- oder bußgeldbewehrt. Ein Arzt, der seine Aufzeichnungen ohne eine Einwilligung des Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten aushändigt oder einsehen lässt, verletzt die ärztliche Schweigepflicht und kann nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB strafrechtlich verfolgt werden; ein im öffentlichen Dienst beschäftigter Arzt auch nach § 353 b StGB. Gibt ein Arzt trotz Erfüllung aller Voraussetzungen seine Aufzeichnungen über Untersuchungsbefunde nicht heraus, so kann er von der Aufsichtsbehörde unter Nutzung aller ihr zur Verfügung stehenden Mittel dazu angehalten werden (Zmarzlik & Anzinger 1998, § 45, Anm. 10).

#### 3.4.4.15 Steuerungskonzepte und Finanzierungsmodelle

##### *Zweck/Ziel*

Durch die Übernahme der Kosten der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes durch das Land sollen sowohl der Arbeitgeber als auch der Jugendliche und sein Personensorgeberechtigter finanziell entlastet werden, mit der Zielstellung, dass die Durchführung der Untersuchung nicht erschwert wird. Außerdem sollen Arbeitgeber aufgrund der Untersuchungskosten nicht davon abgehalten werden, Jugendliche zu beschäftigen. § 44 ist zwingend; eine abweichende Kostenübernahme ist nicht zulässig.

##### *Kosten*

Die Kosten entsprechen der Vergütung der ärztlichen Untersuchungsleistung im Rahmen der Untersuchungen nach § 32 Abs. 1, § 33 Abs.1, § 34, § 35, § 38 und § 42 JArbSchG. Dem untersuchenden Arzt stehen Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu. Kosten, die nur aus Anlass der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen für den Jugendlichen und dessen Personensorgeberechtigten entstehen, wie z. B. Fahrtkosten, sind nicht erstattungspflichtig. Kosten des Arbeitgebers infolge des Ausfalls oder aufgrund der Entgeltfortzahlung nach § 43 JArbSchG sind vom Arbeitgeber selbst zu tragen. Kosten, die aufgrund der Behandlung eines kranken Jugendlichen entstehen, werden nicht vom Land übernommen, sondern von der zuständigen Krankenversicherung gezahlt. Die Kostenerstattung wird nach Vorlage des Untersuchungsberechtigungsscheins bei der nach Landesrecht zuständigen Stelle ausgelöst (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 2-3). Jeder Untersuchungsberechtigungsschein kann von jedem Arzt – über Landesgrenzen hinweg – benutzt werden. Verliert der Jugendliche den Untersuchungsberechtigungsschein, bekommt er von der zuständigen Stelle einen Ersatzschein. Die Kosten von Untersuchungen ohne Untersuchungsberechtigungsschein müssen vom Veranlasser der Untersu-

chung (Jugendlicher, Personensorgeberechtigter oder Arbeitgeber) übernommen werden (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 4).

#### *Umfang*

Für die Untersuchungen nach §§ 32 bis 35 und § 42 JArbSchG ist ein Fixbetrag von € 23,31 festgelegt worden. Dieser Betrag gilt für eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung einschließlich

- einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfungen,
- eine semiquantitative Harnuntersuchung einfacher Art,
- eine Beratung des Jugendlichen,
- eine schriftliche gutachterliche Äußerung,
- eine Mitteilung für die Personensorgeberechtigten und
- eine Bescheinigung für den Arbeitgeber.

Die Vergütung der Ergänzungsuntersuchung wird gesondert abgerechnet (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 1 und 4).

#### *Gläubiger der Kostenforderung*

Gläubiger der Kostenforderung ist der untersuchende Arzt, der den Untersuchungsberechtigungsschein entgegengenommen, die Untersuchung durchgeführt, mit seiner Unterschrift bestätigt sowie den Untersuchungsberechtigungsschein seiner Kostenforderung (§ 2 JArbSchUV) beigelegt hat. Im Falle einer Ergänzungsuntersuchung ist der Arzt, der den Überweisungsschein entgegengenommen und die Ergänzungsuntersuchung durchgeführt hat, der Gläubiger der Kostenforderung gegen das Land. Wenn der untersuchende Arzt in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis steht, so ist der Gläubiger der Kostenforderung nach Art und Inhalt dieses Verhältnisses zu ermitteln (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 5). Staatlich angestellte oder beamtete Ärzte (Staatlicher Gewerbearzt, Schularzt usw.) stellen keine Kostenforderung gegen das Land, wenn die Untersuchung im Rahmen der dienstlichen Tätigkeit stattgefunden hat. In diesem Falle ist die Dienststelle des Arztes Gläubiger der Kostenforderung. Wurde die ärztliche Untersuchung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes im Rahmen einer Nebentätigkeit durchgeführt, so bleibt der untersuchende Arzt der Gläubiger der Kostenforderung. Bei privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen (beispielsweise Betriebsärzte) bleibt der untersuchende Arzt Gläubiger der Kostenforderung (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 6).

#### *Schuldner der Kostenforderung*

Schuldner der Kostenforderung ist das Land, welches auf dem Kopf des Untersuchungsberechtigungsscheins vermerkt ist, auf dessen Grundlage die Untersuchung stattgefunden hat (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 7).

#### *Kostenabrechnung*

Der untersuchende Arzt hat einen Kostenforderungsvordruck zusammen mit dem Untersuchungsberechtigungsschein bei der zuständigen Abrechnungsstelle einzureichen. Für die Kostenerstattung der Ergänzungsuntersuchung hat der Arzt den dafür vorgesehenen Vordruck nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Kombination mit dem Überweisungsschein einzureichen. Der zu erstattende Betrag wird seitens der Abrechnungsstelle aus dem sich aus der GOÄ ergebenden Betrag berechnet. Es handelt sich bei diesem Vorgehen um einen Verwaltungsakt, gegen den der Arzt in

einem Verwaltungsstreitverfahren vorgehen kann (ZMARZLIK & ANZINGER, 1998, § 44, Anm. 8 und 9).

## **4 Einschätzung der ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland anhand ausgewählter Fragen der Umsetzung**

Das vorhergehende Kapitel zeigt, dass die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes klar strukturiert und in der Grundmethodik standardisiert sind. Im Folgenden sollen ausgewählte Fragen zur Umsetzung dieser ärztlichen Untersuchungen aufgeworfen werden, die für die Handlungsempfehlungen auch auf der Grundlage der internationalen Erfahrungen relevant sein können. Dabei werden auch die eingangs genannten veränderten Rahmenbedingungen einbezogen.

Bezüglich einer Bewertung des Umsetzungsgrades ärztlicher Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz stellen sich die nachstehenden fünf Fragen:

1. Wird die Umsetzung der Untersuchungen durch die Ärzte der Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes gerecht?
2. Sind die Untersuchungsinhalte ausreichend, um den Gesundheits- und Entwicklungsstand eines Jugendlichen abzubilden?
3. Sind die Untersuchungsinhalte und die Qualifikation der Untersuchenden ausreichend, um einen Bezug zur Beschäftigung herzustellen?
4. Werden betroffene Akteure (Jugendlicher, Personensorgeberechtigter, Arbeitgeber) in geeigneter Art und Weise einbezogen?
5. Sind Aufsichtspflichten, Strafen sowie Verbote zielführend?

### **4.1 Wird die Umsetzung der Untersuchungen durch die Ärzte der Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes gerecht?**

Die ärztlichen Untersuchungen haben dazu beizutragen, dass die Gesundheit von Jugendlichen durch die Beschäftigung nicht gefährdet und deren Entwicklung nicht gestört werden kann. Dieser individuelle Zugang ergänzt die allgemeinen Festlegungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes und ermöglicht aufgrund der besonderen Sensibilität in dieser Altersgruppe eine ärztliche Bewertung.

Ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in ihrer gegenwärtigen Zielsetzung integrieren präventivmedizinische und gesundheitsförderliche Inhalte nur in Ansätzen.

Jugendliche dürfen nur beschäftigt werden, wenn sie innerhalb der letzten vierzehn Monate vor Eintritt in das Berufsleben von einem Arzt untersucht worden sind (Erstuntersuchung; § 32 Abs. 1 Nr. 1 JArbSchG). § 46 Abs. 2 Nr. 1 JArbSchG ermöglicht es den Landesregierungen durch Rechtsverordnung von der Frist des § 32 Abs. 1 Nr. 1 JArbSchG bis zu drei Monaten abzuweichen, um mehrere Untersuchungen innerhalb eines kurzen Zeitraums aus verschiedenen Anlässen, z. B., wenn Erstuntersuchungen mit Schulabgangsuntersuchungen koordiniert werden, zu vermeiden, so dass es möglich ist, dass die Erstuntersuchung bereits siebzehn Monate vor Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durchgeführt wird. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere im Jugendalter Wachstums- und Entwicklungsprozesse sehr schnell voll-

zogen werden, stellt sich die Frage, ob einer Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstands, bezogen auf den Zeitpunkt der Beschäftigung, ausreichend Rechnung getragen werden kann, wenn die Untersuchung bereits zu Beginn des vorgeschriebenen Zeitintervalls von vierzehn Monaten durchgeführt wird. Auf der anderen Seite birgt eine zeitnahe Erstuntersuchung in kurzem Abstand zur Aufnahme der beruflichen Tätigkeit jedoch insbesondere im Hinblick auf mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen oder individuelle Gesundheitsrisiken die Gefahr, dass die Berufswahl bereits erfolgt ist.

Der Einsatz standardisierter ärztlicher Untersuchungsmethoden ist grundsätzlich nicht vorgeschrieben, sondern erfolgt entsprechend der ärztlichen Veranlassung. Dies trifft z. B. auf die Diagnostik der Funktion der Sinnesorgane, der Lungenfunktion oder relevanter Blutparameter zu. Bei der Bewertung des Entwicklungsstandes des Jugendlichen hat der untersuchende Arzt weniger Schwierigkeiten als bei der Einschätzung einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit.

Der Untersucher ist auf die anamnestischen Angaben von Personenberechtigten und die Aussagen des Jugendlichen selbst angewiesen. Zusätzliche Informationen durch die Personensorgeberechtigten sind nicht immer möglich.

In diesem Zusammenhang wäre daher zu überdenken, ob eine zeitliche Anpassung an erweiterte Untersuchungsinhalte und eine entsprechende finanzielle Angleichung für den untersuchenden Arzt zielführend wäre.

## **4.2 Sind die Untersuchungsinhalte ausreichend, um den Gesundheits- und Entwicklungsstand eines Jugendlichen abzubilden?**

HARTMANN UND THIEL (1993) kritisieren, dass Jugendarbeitsschutzuntersuchungen den Ansatz einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung nicht ausreichend verfolgten, da Erkrankungen nur auf sehr niedrigem Niveau diagnostiziert würden. Sie beschreiben vor allem unter den Befunden an den Sinnesorganen, am Stütz- und Bewegungsapparat sowie bezüglich der Belastbarkeit des Kreislaufsystems zu geringe Prävalenzraten bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Vergleich zu gezielten Studien und fordern die Anpassung der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingesetzten Screening-Instrumente. Wie bereits im vorherigen Punkt angesprochen, gehen sie davon aus, dass die zu geringen Prävalenzraten Ausdruck einer nicht hinreichenden ärztlichen Begutachtung als Folge unzureichender, nicht standardisierter Untersuchungen seien und dass dies sowohl den Aufbau und Umfang der Untersuchungen als auch die Qualifikationsvoraussetzungen an die Untersucher betreffe.

Da die Untersuchungen allerdings nicht vordergründig der allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung, der Gesundheitsberatung und der Erfassung des Gesundheitszustandes dieser Altersgruppen dienen, beschreiben HARTMANN UND THIEL eine Zielstellung, die deutlich über die des gegenwärtigen Jugendarbeitsschutzgesetzes hinaus geht.

RUTENFRANZ et al. (1988) fordern in diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der in zunehmendem Maße auftretenden „work-related diseases“<sup>2</sup> den Einsatz von Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Vor dem Hintergrund eines veränderten Belastungsspektrums im Rahmen einer Beschäftigung als auch eines veränderten Krankheitsspektrums bei Jugendlichen sei es sinnvoll, die Beanspruchung eines Jugendlichen zu berücksichtigen. Derartige Maßnahmen sollten den Autoren zu Folge auf die Früherkennung von beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen anhand der Bestimmung des Gesamtcholesterins erfolgen. Ebenfalls sollte z. B. erhöhten Blutdruckwerten mehr Bedeutung beigemessen werden. Ziel sollte es sein, so genannte „high-risk-Personen“ bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und/oder Hypertonie, frühzeitig zu identifizieren, Vorsorgemaßnahmen zu treffen und in Umsetzung des salutogenetischen Modells den Kohärenzsinn der Betroffenen zu stärken. Das mögliche Vorliegen psychischer Störungen sollte bei der Begutachtung ebenfalls geprüft werden und das Vorgehen Ressourcen-orientiert geleitet sein. Insgesamt müsse eine Erfolg versprechende Strategie die individuellen psychischen und sozioökonomischen Voraussetzungen des Jugendlichen unbedingt berücksichtigen.

Dieses würde allerdings eine grundsätzliche Entscheidung der Einordnung und Nutzung der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes, im Rahmen der Gesundheitsfür- und -vorsorge in unserem Lande und im Rahmen des gesamten Gesundheitsversorgungssystems erfordern.

### **4.3 Sind die Untersuchungsinhalte und die Qualifikation der Untersuchenden ausreichend, um einen Bezug zur Beschäftigung herzustellen?**

Wie bereits angesprochen, ist die ärztliche Approbation alleinige Voraussetzung für die Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Regional unterschiedlich werden die ärztlichen Untersuchungen im Jugendarbeitsschutzgesetz derzeit hauptsächlich durch folgende Personen durchgeführt: kassenärztlich niedergelassene Ärzte, verbeamtete und angestellte Ärzte, z. B. hausärztlich tätige Ärzte, Fachärzte anderer Disziplinen, Schulärzte, Amtsärzte, Gewerbeärzte, Arbeitsmediziner und Betriebsärzte.

In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob die ärztlichen Untersuchungen durch fachlich qualifizierte Ärzte auf dem Feld Arbeit und Gesundheit, also Arbeitsmediziner und Betriebsärzte, durchgeführt werden sollten. Die Begründung, dass nicht genügend Arbeitsmediziner für die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zur Verfügung stünden, wie es zum Zeitpunkt der Gesetzgebung der Fall war, wäre ebenfalls zu prüfen.

RUTENFRANZ et al. bemerken bereits in ihrem Beitrag von 1988, dass es erhebliche Diskrepanzen zwischen Beurteilungen von Betriebsärzten und Hausärzten gebe. Sie begründen diese Situation u. a. damit, dass vielen Ärzten ohne Kenntnisse im Bereich der Arbeitsmedizin die Arbeitsbedingungen, welchen die Jugendlichen im Be-

---

<sup>2</sup> Dies betrifft vornehmlich Krankheiten des Bewegungsapparates sowie des Atmungs-, Nerven- und Kreislaufsystems und der Haut. Eine Besonderheit derartiger Leiden ist, dass sie nicht aus der spezifischen Erkrankungsform erfolgen, sondern aus unterschiedlichen Prävalenzen in den Berufs- und Tätigkeitsgruppen, der individuellen Suszeptibilität einzelner Beschäftigter sowie der Fähigkeit dieser zur Bewältigung bestimmter Anforderungen (KENTNER & VALENTIN, 1986).

rufsleben ausgesetzt sind, weitestgehend unbekannt seien. Um derartige Fehlbeurteilungen zu vermeiden, greifen sie den Gedanken auf, die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in zwei Abschnitte aufzuteilen: Eine jugendärztliche/pädiatrische Untersuchung am Ende der Schulzeit und die daran anschließende Übergabe der Befunde an einen Arbeitsmediziner, der letztlich die berufliche Beurteilung vornimmt (RUTENFRANZ et al., 1988).

Ein ähnlicher Ansatz wird durch den öffentlichen Gesundheitsdienst im Bundesland Brandenburg durchgeführt. Die Untersuchungen in den 10. Klassen werden dort durch Ärzte, die auch hinsichtlich des Jugendarbeitsschutzgesetzes qualifiziert sind, durchgeführt. Diese Befunde der Abgangsuntersuchungen werden dann als Grundlage für die Erstuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz genutzt. Die umfassende Befunderhebung wird anschließend als Grundlage für die Beratung zur Berufswahl verwendet. Da weniger als ein Drittel der Jugendlichen die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (diese Vorsorgeuntersuchung richtet sich an Jugendliche zwischen 13 und 14 Jahren, je nach körperlicher Entwicklung kann die Untersuchung aber auch ein Jahr früher oder später in Anspruch genommen werden) durchführen lässt (WEISSENRIEDER & STIER, 2006), existiert zwischen der letzten U9 im Alter von bis 5,5 Jahren und der regulären Schuluntersuchung, die in den meisten Bundesländern in den 6. Klassen (im Alter von 12 Jahren) durchgeführt wird, ein Versorgungsgap.

Die gegenwärtige Situation gestaltet sich so, dass Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, außer im Land Brandenburg, nicht mit Schulabgangsuntersuchungen gekoppelt sind und Schulabgangsuntersuchungen in den meisten Bundesländern überhaupt nicht mehr durchgeführt werden. Allerdings besteht für den untersuchenden Arzt im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen die Möglichkeit, detaillierte Informationen zum Jugendlichen zu erhalten, um eine Bewertung des Gesundheits- und Entwicklungsstands des betroffenen Jugendlichen vorzunehmen. Laut Gesetz kann der untersuchende Arzt Dokumente und Befunde bei anderen Ärzten anfordern bzw. im Gesundheitsamt einsehen, diese Möglichkeiten werde aber laut RUTENFRANZ et al. seitens der untersuchenden Ärzte nur in Ausnahmefällen genutzt. Der Aufwand (Einholen einer Einverständniserklärung des Jugendlichen und seines Personensorgeberechtigten, Anfrage beim entsprechenden Arzt auf Einsicht) erweise sich als zu groß. Fraglich ist daher, ob die Durchführung einer flächendeckenden Schulabgangsuntersuchung in den 10. Klassen und die Kopplung dieser mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen sinnvoll wäre.

Hinsichtlich der Untersuchungsinhalte bemerken RUTENFRANZ et al. (1988) des Weiteren, dass diese nicht ausreichend seien, um den Gesundheitszustand vor dem Hintergrund einer Arbeitstätigkeit zu bewerten. Die Autoren erläutern, dass schon bei der Anamnese nur unzureichend Bezug auf toxische und allergene Expositionen am Arbeitsplatz genommen werde und ebenfalls Anamnesepunkte fehlten, denen berufliche Gefährdungen direkt zugeordnet werden könnten. Sie bemerken schlussfolgernd, dass sich im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen verstärkt an arbeitsmedizinischen Kriterien der Vorsorgeuntersuchungen orientiert werden sollte. Fraglich wäre daher, ob gemäß der Empfehlung der Autoren nicht nur eine grobe Prüfung des Hör- und Sehvermögens stattfinden sollte, sondern darüber hinaus eine audiometrische Gehörprüfung und ein Sehtest nach standardisierten arbeitsmedizinischen Grundsätzen, eine Lungenfunktionsprüfung bei zu erwartenden Belastungen



durch Gase und Dämpfe sowie eine dermatologische Anamnese mit besonderen diagnostischen Maßnahmen vorgenommen werden.

Erstuntersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes finden statt, bevor Jugendliche ein Arbeitsverhältnis beginnen. Nicht alle Betroffenen wissen, welchen Beruf sie ergreifen werden. Dies wird noch zusätzlich durch eine unsichere Situation auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt verstärkt.

Zu diskutieren wäre auch, ob speziellere, berufsspezifische Untersuchungen nach zwölfmonatiger Beschäftigung im Rahmen einer ersten Nachuntersuchung genutzt werden sollten und ob branchenspezifische Inhalte bei der ersten und bei weiteren Nachuntersuchungen die Einschätzungsgüte bezüglich Auswirkungen der Tätigkeit auf den Jugendlichen verbessern würden. Dies wirft die Frage der Verbindung von Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz mit arbeitsmedizinischen Untersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen oder anderen Vorschriften auf. Da beispielsweise Hauterkrankungen, insbesondere im Gesundheitsdienst und Friseurgewerbe, die häufigste bestätigte Berufskrankheit bei Auszubildenden und jungen Erwerbstätigen darstellen, diese aber durch Früherkennung in den meisten Fällen verhindert werden können, wären möglicherweise branchenspezifische Untersuchungskomponenten im Rahmen der Erst- oder Nachuntersuchungen denkbar (DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG, 2008).

#### **4.4 Werden betroffene Akteure in geeigneter Art und Weise einbezogen?**

Die ärztliche Untersuchung ordnet sich in die Aufgabenstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes ein. Dem Arbeitgeber ist eine klare Verantwortung zugewiesen, Jugendliche und Personensorgeberechtigte wie auch die Ärzte haben mitzuwirken, wie das im Kapitel 3 dargestellt wurde. Aus der Sicht ärztlicher Untersuchungen ergeben sich für die Mitwirkung nachfolgende Wertungen.

##### *Arbeitgeber*

Der Arbeitgeber hat eine Reihe von Verpflichtungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Diese sind detailliert und klar beschrieben. Ohne einen derartigen Einbezug des Arbeitgebers ist die Zielsetzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht umsetzbar. Er hat die Bestimmungen zur Arbeits- und Freizeit umzusetzen. Diese regeln auch die Freistellung zur Teilnahme am Berufsschulunterricht und müssen die Beschäftigungsverbote und -beschränkungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes beachten. Der Arbeitgeber hat den Jugendlichen für die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen freizustellen, ein Entgeltausfall darf hierdurch nicht eintreten. Er hat den Jugendlichen auf die Inanspruchnahme einer ersten Nachuntersuchung hinzuweisen. Der Jugendliche darf nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung nicht weiterbeschäftigt werden, solange er die ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nicht vorgelegt hat. Bei Nichtvorlage der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach Ablauf der Frist hat der Arbeitgeber ebenfalls die Sorgeberechtigten und den Betriebs- oder Personalrat zu informieren. Auf das Angebot weiterer Nachuntersuchungen in jährlichen Abständen hat er den Jugendlichen hinzuweisen. Enthält die Bescheinigung des Arztes (§ 39 Abs. 2 JArbSchG) einen Vermerk über Arbeiten, durch deren Aus-

führung der untersuchende Arzt die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält, so darf der Jugendliche mit solchen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Insgesamt steht es im Ermessen des Arbeitgebers zu beurteilen, ob mit Gefährdungsvermerken ausgesprochene Tätigkeitseinschränkungen mit dem vorgesehenen Beschäftigungsverhältnis vereinbar sind und ggf. zu prüfen, ob die Ausbildung zu einem angestrebten Beruf überhaupt sinnvoll ist. Die Erstuntersuchung kann im Extremfall dazu führen, dass ein Ausbildungsverhältnis nicht zustande kommt. Die Bereitschaft, ein Ausbildungsverhältnis trotz bereits in der Erstuntersuchung ausgesprochener Tätigkeitsbeschränkungen zu realisieren, kann u. a. von der Bewerberlage oder Arbeitsmarktsituation abhängen. Auch wenn diese Überlegungen als nicht vorrangig zu bewerten sind, ist es fraglich, ob hier möglicherweise eine gesundheitliche Auslese stattfindet und wenn ja, wie der Problematik begegnet werden könnte.

#### *Personensorgeberechtigte*

Die Sorgeberechtigten werden dahingehend einbezogen, dass sie in der Regel über die Untersuchungsergebnisse der Erst- und Nachuntersuchungen informiert werden, nicht jedoch über die Befunde einer Ergänzungsuntersuchung, da für Erst- und Nachuntersuchungen die entsprechenden Untersuchungsbögen und für die Ergänzungsuntersuchungen keine Untersuchungsbögen mit Durchschlag für den Personensorgeberechtigten verwendet werden. Die Ergebnisse der Ergänzungsuntersuchungen fließen natürlich in die Beurteilung des untersuchenden Arztes nach Jugendarbeitsschutzgesetz ein. Konkrete Untersuchungsbefunde einer Ergänzungsuntersuchung können möglicher Weise die Personensorgeberechtigten und die Jugendlichen bei der Wahl einer vorgesehenen Tätigkeit unterstützen.

Die Verantwortung für den Arbeitsschutz nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz liegt bei den Arbeitgebern. In ihrer Verantwortung für die noch nicht 18-Jährigen sind die Personensorgeberechtigten angehalten, auf den Jugendlichen bezüglich der Inanspruchnahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen einzuwirken und ihn beim Ausfüllen der Erhebungsbögen maßgeblich zu unterstützen und die Angaben zu unterschreiben.

Bei einer ärztlichen Bescheinigung mit Tätigkeitseinschränkung, bei Zwischenfällen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Jugendlichen im Zuge der Tätigkeitsausübung haben sie die Möglichkeit, die Aufsichtsbehörde zu informieren.

Im Falle eines Beschäftigungsverbots im jeweiligen Betrieb haben die Personensorgeberechtigten ein neues Ausbildungsverhältnis mit dem Jugendlichen zu suchen.

Die Aufgaben der Sorgeberechtigten sind daher im Sinne einer unterstützenden und beobachtenden Funktion zu verstehen. Fraglich ist jedoch, ob Sorgeberechtigte ausreichend sensibilisiert sind, Informationen bezüglich Auffälligkeiten der Aufsichtsbehörde zu melden und falls dies nicht der Fall ist, wie man eine entsprechende Sensibilisierung befördern könnte.

#### *Jugendliche*

Der Jugendliche ist nicht zur Teilnahme an der Erst- und ersten Nachuntersuchung verpflichtet, muss in der Konsequenz einer Nichtteilnahme jedoch mit einem Beschäftigungsverbot rechnen. Alle weiteren Nachuntersuchungen sind freiwillig, deren

Nichtnutzung hat keine rechtlichen Konsequenzen. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob die freiwillige Nutzung der weiteren Nachuntersuchungen zielführend ist, also diese Untersuchungen tatsächlich in Anspruch genommen werden, wenn entsprechende gesundheitliche Probleme vorliegen. Zu überlegen wäre in diesem Zusammenhang, ob eine zweite Nachuntersuchung obligatorisch angeordnet werden sollte.

#### **4.5 Sind Aufsichtspflichten, Strafen und Verbote zielführend?**

##### *Aufsichtspflichten*

Die zuständige Aufsichtsbehörde überprüft die fristgerechte und ordnungsgemäße Inanspruchnahme ärztlicher Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes, indem sie im Zuge der Betriebsbesichtigungen die ärztlichen Bescheinigungen einsieht. Eine Statistik wird jedoch diesbezüglich nicht geführt. Für die Jahre 1987 bis 1991 konnten für einige Bundesländer Zahlen recherchiert werden. Beispielsweise wurden in Berlin während dieses Zeitraums 4141 Kontrollen durchgeführt, während in Niedersachsen in 11456 Fällen die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung verlangt wurde. In Brandenburg wurden im Jahr 1991 in 325 Fällen Kontrollen durchgeführt und in Thüringen im selben Jahr 681 ärztliche Bescheinigungen eingesehen.

Die Zahlen verdeutlichen, dass Kontrollen in den jeweiligen Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße erfolgen. Dies spiegelt sich auch in der Häufigkeit wider, mit der Aufsichtsbehörden gezwungen waren, aufgrund von vermuteten Gefahren für die Gesundheit eines Jugendlichen einzugreifen: Im Zeitraum von 1987 bis 1991 in Bayern und in Hessen in jeweils zwei Fällen, in Brandenburg in 15 Fällen, in Niedersachsen in 26 Fällen, in Nordrhein-Westfalen in 31 Fällen und in Rheinland-Pfalz in 24 Fällen. Auch hier stellt sich die Frage, warum derartige Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern vorliegen und ob der Aufsichtspflicht der Aufsichtsbehörden in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird. Den zuständigen Aufsichtsbehörden zu Folge ist die Kontrolle der Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes in einigen Ländern nicht ausreichend. Sie fordern zusätzliche Informationen von Eltern, Lehrern, Arbeitgebern und Auszubildenden, um sie ausreichend zu sensibilisieren. Fraglich ist daher, ob die gegenwärtigen Kontrollen durch die Aufsichtsbehörden der Länder in ausreichendem Maße erfolgen und in entsprechenden Eingriffen resultieren. Weiterhin wäre zu diskutieren, ob eine ausreichende Sensibilisierung bezüglich Meldungen und Informationen von Jugendlichen, Sorgeberechtigten, Arbeitgebern usw. an die Aufsichtsbehörde gewährleistet ist (BT-DRUCKS. 12/3219).

##### *Verbote und Strafen*

Die Bewertung der Verbote und Strafen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes erweist sich als schwierig, da weder Vergleichswerte, noch juristische Kenntnisse vorliegen. In einem Dokument des Deutschen Bundestages ist vermerkt, dass sowohl die Bundesregierung als auch die Aufsichtsbehörden der Länder die im Jugendarbeitsschutzgesetz vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten und Bußgeldsätze für ausreichend erachten (BT-DRUCKS. 12/3219). Diese Thematik könnte daher unter Einbezug juristischer Expertise weiterführend diskutiert werden.

## 4.6 Können Ausbildungs- und Beschäftigungsabbrüche vermieden werden?

Es existiert keine gesicherte Datengrundlage, wie häufig Ausbildungsverhältnisse aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) führt allerdings zu dieser Thematik regelmäßig Befragungen durch. Beispielsweise fand im Jahr 1989 eine Befragung statt, in die vornehmlich Auszubildende aus Handwerksberufen einbezogen wurden. 17% der Abbrecher gaben an, das Beschäftigungsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen zu haben (BT-DRUCKS. 12/3219). In einer Befragungsstudie des BIBB aus dem Jahre 2003 werden gesundheitliche Gründe für einen Berufsabbruch nur noch unter der Oberkategorie persönliche Gründe gefasst, wodurch eine Einschätzung, wie viele Auszubildende aufgrund ihrer Gesundheit aus dem Beruf aussteigen, nicht mehr getroffen werden kann. In einem Bericht des Landes Nordrhein-Westfalen wird beschrieben, dass bei einem Viertel der Jugendlichen gesundheitliche Probleme aufgrund der Arbeit auftraten, die zur vorzeitigen Lösung des Ausbildungsvertrags beitrugen (WEST-DEUTSCHER HANDWERKSKAMMERTAG, 2002).

Es liegen keine ausreichenden Informationen vor, die eine repräsentative quantitative und qualitative Bewertung der Abbruchrate aus gesundheitlichen Gründen erlauben. Die Zahlen schwanken von Befragung zu Befragung erheblich. SCHÖNGEN (2003) bemerkt in seinen Ausführungen, dass eine Vielfalt von Gründen zusammenkämen, die einen Beschäftigungsabbruch zur Folge hätten. Bei Hauptschülern erwähnt er beispielsweise sowohl eine Kopplung von Berufswahlproblemen, Konfliktsituationen in Betrieb und Berufsschule, Überforderung und unzureichende Vermittlung der Ausbildungsinhalte in der Berufsschule als auch Prüfungsangst, gesundheitliche Beschwerden und finanzielle Probleme. Fraglich ist daher, ob Jugendliche schon bei der Berufswahl Unterstützung erfahren sollten. Vor dem Hintergrund der aktuellen Zielstellung der Untersuchungen ist eine Kopplung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung mit berufsberatenden Inhalten in Richtung solcher Probleme bisher nicht vorgesehen.

Eine abschließende Bewertung, bei wie vielen Jugendlichen aufgrund der ärztlichen Begutachtung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen verhindert werden konnten, kann aufgrund einer unzureichender Datenlage nicht vorgenommen werden. Fraglich ist daher, ob und inwieweit eine systematische Datenerfassung erfolgen sollte, um entsprechende Sachverhalte zu klären und Kenntnisse in diesem Bereich zu gewinnen.

## **5 Vergleich der deutschen Situation im Bereich Jugendarbeitsschutz mit ausgewählten europäischen Partnerländern**

### **5.1 Methodik**

#### **5.1.1 Beschreibung der Partner in den ausgewählten EU-Ländern**

Zur Schaffung der Datengrundlage wurden in den sechs EU-Ländern Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Tschechischen Republik Experten auf dem Gebiet des Jugendarbeitsschutzes als Projektpartner gewonnen. Durch die bestehende Projektstätigkeit auf EU-Ebene des Forschungsverbundes Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt und durch die Unterstützung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) war es möglich, Kontakte zu den einzelnen Ländern herzustellen und eine Kooperationsbereitschaft aufzubauen. Insgesamt konnten sieben Partner rekrutiert werden. Mit Ausnahme von Österreich, für das zwei unabhängig voneinander arbeitende Experten auf dem Gebiet des Jugendarbeitsschutzes für die Projektarbeit gewonnen werden konnten, arbeitete pro EU-Teilnahmeland jeweils ein Experte im Forschungsprojekt mit (s. Anhang A). Die Kommunikation erfolgte mit Ausnahme von Österreich in englischer Sprache. Für Österreich bot sich aufgrund übereinstimmender Muttersprachlichkeit Deutsch als Kommunikationssprache an, zumal die Fragebögen und Nachfragen an die Länder zunächst in Deutsch formuliert und im nächsten Schritt ins Englische übersetzt wurden. Quellenangaben in Form von Gesetzestexten oder anderen, für die Fragestellung relevanten Dokumenten waren für Frankreich und die Niederlande ausschließlich in der jeweiligen Landessprache verfügbar, während für die anderen Länder auch englische Übersetzungen zugänglich waren.

#### **5.1.2 Konzept zur vergleichenden Einschätzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in ausgewählten Ländern**

##### **Vorüberlegungen**

Zur vergleichenden Einschätzung wurden Kriterien zur Beschaffenheit von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen festgelegt. Die Einschätzung erfolgte anhand einer Selbstbewertung durch Experten im jeweiligen Land. Dieser wurde eine Fremdbewertung durch die Mitarbeiter des Forschungsvorhabens gegenübergestellt. In einem zweiten Schritt wurden Selbst- und Fremdeinschätzung miteinander verglichen. Bei großen Differenzen waren mögliche Ursachen zu identifizieren. Anschließend wurde versucht, Auswirkungen der unterschiedlichen Beschaffenheit von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen zu ermitteln.

Um ausgewählte EU-Staaten hinsichtlich der Merkmale der ärztlichen Untersuchung jugendlicher Beschäftigter vergleichen zu können war es erforderlich, Beurteilungsmerkmale festzulegen. Diese Merkmale basieren auf dem Fragenkatalog, der den Partnern zur Beantwortung vorgelegt wurde (s. Anhang B) und lauten:

- Allgemeine Rahmenbedingungen (I),
- Allgemeine gesundheitliche Situation von Jugendlichen in ihrem Land (II),
- Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern (III),
- Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/des Jugendarbeitsschutzes (IV).

Für die Hauptmerkmale wurden Unterkategorien entwickelt, die jeweils alle Ausprägungsmöglichkeiten berücksichtigen. Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte zunächst hypothetisch in Anlehnung an deutsche Gegebenheiten. Nach Vorliegen der Daten aller beteiligten Länder wurde es datengeleitet überprüft und modifiziert.

### **Beschreibung des Kategoriensystems**

Die Hauptmerkmale des endgültigen vergleichenden Beschreibungssystems und seiner polaren bzw. Extremausprägungen sind:

1. Vorhandensein oder Fehlen verbindlicher nationaler Festlegungen der Anforderungen an ärztliche Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz, gegebenenfalls im Kontext von Gesundheitsprogrammen.
2. Vollständige oder fehlende tatsächliche Umsetzung der verbindlichen Festlegungen zur Gestaltung der Untersuchungen.
3. Vorhandene oder fehlende Verankerung der Festlegungen in der medizinischen Fachliteratur.
4. Vorhandensein oder Fehlen der Verankerung gegebenenfalls festgelegter spezieller Untersuchungsschritte in der medizinischen Fachliteratur.
5. Vorhandensein oder Fehlen von Festlegungen zur arbeitsorganisatorischen Abwicklung der Untersuchungen (u. a. zeitliche Einordnung).
6. Vorhandensein oder Fehlen von Untersuchungsleitlinien, vorhandene oder fehlende Standardisierung von Verfahren, Methoden und Vorgehensempfehlungen bei den Untersuchungen als Bestandteil eines Gesamtkonzepts dieser Untersuchungen.
7. Vorhandensein oder Fehlen von Forderungen nach jugend- bzw. arbeitsmedizinischen Mindestqualifikationen der UntersucherInnen.
8. Vorhandensein oder Fehlen von Festlegungen zur Dokumentation und zur Verwendung der Untersuchungsergebnisse sowie zur Evaluation ihres Entstehungsvorgangs.
9. Vorhandensein oder Fehlen einer interdisziplinären Auslegung des Gesamtsystems zum Jugendarbeitsschutz.
10. Vorhandensein oder Fehlen von Zielstellungen und Vorgehensweisen im Bezug auch zur Gesundheitsförderung und Primärprävention neben solchen zur Sekundärprävention.
11. Vorhandensein oder Fehlen von Festlegungen zum Informationsfluss zwischen den im System des Jugendarbeitsschutzes Beteiligten.

12. Vorhandensein sowie Umfang oder Fehlen der Kostenübernahme aller Aufwendungen in Beziehung zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen durch gesellschaftliche Träger.
13. Einbezug sämtlicher Jugendlicher mit Erreichen des Berufseintrittsalters (Schulabgang) oder nur von Teilen dieser Gruppe in Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.

Wo es durch die empirische Analyse der Daten begründet ist, wurden zwischen den hier vereinfachend angeführten Ausprägungspolen auch Zwischenstufen eingefügt.

Die Items des Kategoriensystems orientieren sich am Fragenkatalog, den jeder Partner für sein Land bearbeitet hat. Die Nummerierungen stimmen überein. Einzelne Fragen wurden bewusst nicht aufgenommen, da hier keine hypothetisch begründete Stufung vorgenommen werden konnte. Diese Fragen wurden auf qualitativer Ebene ausgewertet und diskutiert.

Das Kategoriensystem zur Bewertung der Güte der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in ausgewählten Ländern besteht aus folgenden Merkmalskomplexen:

**Tabelle 1:** Kategoriensystem I

| I Allgemeine Rahmenbedingungen   |   | Begründung der Stufung  |  |
|--|---|---|--|
| 1.1 Existieren im Land allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele?<br>1 <sup>3</sup>                 | Nein<br><i>[Keine Definition allgemeiner Gesundheits- und Präventionsziele]</i>                 | Ja<br><i>[Definition allgemeiner Gesundheits- und Präventionsziele]</i><br>Ja           | Die Existenz von Gesundheits- und Präventionsziele werden als durchaus nutzenbringendes Steuerungselement der Gesundheitspolitik in einem Land verstanden.   |
| 1.2 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?<br>1   | Nein<br><i>[Keine Verankerung in nationalem Recht]</i>  | Ja<br><i>[Verankerung in nationalem Recht]</i>  | Die gesetzliche Verankerung der Gesundheits- und Präventionsziele unterstreicht deren Stellenwert und bringt die Umsetzung dieser voran.   |
| 1.3 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene verankert?<br>1  | Nein<br><i>[Keine Verankerung auf regionaler Ebene]</i>   | <i>[Verankerung auf regionaler Ebene]</i>   | Die gesetzliche Verankerung der Gesundheits- und Präventionsziele unterstreicht deren Stellenwert und bringt die Umsetzung dieser voran.   |
| 4.1 Existieren in diesem Land spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen?<br>1 | Nein<br><i>[Keine Definition spezifischer Gesundheitsziele für die Zielgruppe Jugendlicher]</i> | Ja<br><i>[Definition spezifischer Gesundheitsziele für die Zielgruppe Jugendlicher]</i> | Die Existenz von Gesundheits- und Präventionsziele werden als durchaus nutzenbringendes Steuerungselement der Gesundheitspolitik in einem Land verstanden.   |
| 4.2 Sind die Gesundheitsziele evidenzbasiert?<br>6   | Nein<br><i>[Die Gesundheitsziele sind nicht evidenzbasiert]</i>                                 | Ja<br><i>[Die Gesundheitsziele sind evidenzbasiert]</i>                                 | Eine Evidenzbasierung der Gesundheitsziele wird als nutzenbringend erachtet, da die Ziele aufgrund der vorhandenen Datengrundlage im jeweiligen Land eruiert werden und somit der Bedarf fundiert ist. |

<sup>3</sup> Jede Frage des Kategoriensystems enthält eine Nummer (rot markiert), welche die Hypothese, die sich hinter der Stufung verbirgt, kennzeichnet.

|   |   |                              |                              |  |                          |          |  |
|---|---|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------|----------|--|
| <b>4.3 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?</b><br><b>1</b>  | Nein<br><i>[Keine Verankerung in nationalem Recht]</i>  |                              |                              | Ja<br><i>[Verankerung in nationalem Recht]</i>   |                          |          | Die gesetzliche Verankerung der Gesundheits- und Präventionsziele unterstreicht deren Stellenwert und bringt die Umsetzung dieser voran.   |
| <b>4.4 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene verankert?</b><br><b>1</b>   | Nein<br><i>[Keine Verankerung auf regionaler Ebene]</i>   |                              |                              | Ja<br><i>[Verankerung auf regionaler Ebene]</i>  |                          |          | Die gesetzliche Verankerung der Gesundheits- und Präventionsziele unterstreicht deren Stellenwert und bringt die Umsetzung dieser voran.   |
| <b>5.1 Welche Institutionen beteiligen sich an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche?</b><br><i>keine Reihenfolge möglich</i><br><b>Anzahl der Nennungen</b><br><b>9</b> | Keine kontinuierliche Beteiligung   | Vereinigungen für Gesundheit | Schulen                      | Berufsschulen  | Staatliche Institutionen | Betriebe | Die Beteiligung mehrerer Einrichtungen wird als nutzenbringender bewertet, da ein interdisziplinärer Ansatz und dementsprechend die Beteiligung verschiedener Institutionen die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele ganzheitlicher vorantreibt.   |
| <b>5.3 Ist die Zusammenarbeit der Institutionen organisiert?</b><br><b>5</b>  | Keine Organisation der Zusammenarbeit<br><i>[Nichtexistenz von Vereinbarungen oder Absprachen zur Zusammenarbeit]</i> |                              |                              | Organisation der Zusammenarbeit<br><i>[Existenz von Vereinbarungen oder Absprachen zur Zusammenarbeit]</i> |                          |          | Eine organisierte Zusammenarbeit der Institutionen schafft klare Strukturen und Verantwortlichkeiten und vermeidet Doppelarbeit als auch Bearbeitungsfehler, z. B. aufgrund Nichtbearbeitung.  |
| <b>6 Sind diese Zielsetzungen in ein schul- und ausbildungsübergreifendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung integriert?</b><br><b>1</b>   | Nein  |                              |                              | Ja   |                          |          | Schul- und ausbildungsübergreifende Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung erreichen alle Kinder, die eine Schule besuchen bzw. alle Jugendlichen, die eine Ausbildung absolvieren. Die Vermittlung von Inhalten der Prävention und Gesundheitsförderung erscheint aufgrund des hohen Grades der Erreichbarkeit der Zielgruppe sehr geeignet.                                    |
| <b>6.1 Fließen diese Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein?</b><br><b>1</b>                                       | Nein  |                              |                              | Ja   |                          |          | Schul- und ausbildungsübergreifende Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung erreichen alle Kinder, die eine Schule besuchen bzw. alle Jugendlichen, die eine Ausbildung absolvieren. Die Vermittlung von Inhalten der Prävention und Gesundheitsförderung erscheint aufgrund des hohen Grades der Erreichbarkeit der Zielgruppe sehr geeignet.                                    |
| <b>7.1 Gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen?</b><br><b>1</b>                | Nein  |                              |                              | Ja   |                          |          | Auf das jeweilige Land angepasste und in das nationale Recht integrierte rechtliche Grundlagen zur gesundheitlichen Betreuung jugendlicher Arbeitnehmer erscheinen geregelter und an die jeweiligen Strukturen angepasster als die bloße Umsetzung der EU-Richtlinie.  |
| <b>7.3/7.4 Gibt es ein spezifisches Untersuchungskonzept?</b><br><b>1, 10</b>   | Nein<br><i>[Keine Festlegungen existent]</i>  |                              |                              | Ja   |                          |          | Die Existenz eines spezifischen Untersuchungskonzepts erscheint nutzenbringender als die Nichtexistenz. Eine pathogenetische Ausrichtung erscheint neben der salutogenetischen Ausrichtung oder einer Kombination aus beidem nutzenbringender, da bei ersterer krankheitsorientiert gewirkt wird, während bei der salutogenetischen Ausrichtung ein ganzheitlicherer Ansatz verfolgt wird. |
|   |   | Pathogenetische Ausrichtung  | Salutogenetische Ausrichtung | Pathogenetische und salutogenetische Ausrichtung   |                          |          |  |



Folgende Fragen des ersten Merkmalskomplexes „Allgemeine Rahmenbedingungen“ wurden im Kategoriensystem nicht berücksichtigt:

## 2. Wie werden Jugendliche in Ihrem Land in Bezug auf das Alter definiert?

Hierzu gibt es zwar Publikationen, die darauf verweisen, dass die Entwicklungsaufgaben Jugendlicher mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres nicht beendet sind (HAVIGHURST, 1948; FISCHER, 2006) und dementsprechend die Zielgruppe der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen zu erweitern ist (HETTINGER, 1981). Auf eine Stufung wird dennoch aufgrund des Fehlens von empirischen Befunden zu dieser Thematik verzichtet.

## 3. Worauf basiert diese Altersdefinition?

Die Altersdefinitionen können keiner Wertung unterzogen werden, vielmehr gilt es diese qualitativ zu diskutieren. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet.

## 5.2 Welche Aufgaben nehmen diese Institutionen wahr?

Die Aufgaben, die verschiedene Institutionen wahrnehmen, können keiner Wertung unterzogen werden, vielmehr gilt es diese qualitativ zu diskutieren. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet.

## 5.3 Wie ist die Zusammenarbeit organisiert?

Die Art und Weise der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen können keiner Wertung unterzogen werden, vielmehr gilt es diese qualitativ zu diskutieren. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet. Die Frage wird modifiziert in das Kategoriensystem aufgenommen (Ist die Zusammenarbeit der Institutionen organisiert?).

## 7.2 Wenn ja, um welche weiterführenden gesetzlichen Regelungen/Richtlinien handelt es sich dabei?

Die konkrete Beschreibung gesetzlicher Regelungen/Richtlinien kann keiner Wertung unterzogen werden, vielmehr gilt es diese qualitativ zu diskutieren. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet.

Der Fragenkomplex II „Allgemeine gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land“ wurde nicht in das Kategoriensystem aufgenommen, da die Partner häufig zu unterschiedliche Schwerpunkte bei der Beantwortung der Fragen gesetzt haben. Davon, dass im jeweiligen Land von den Partnern nicht erwähnte Sachverhalte tatsächlich nicht vorkommen, kann nicht ausgegangen werden. Beispielsweise soll bei der Frage 8.1 die gesundheitliche Situation Jugendlicher im jeweiligen Land beschrieben werden. Während in Ländern wie Italien ein erhöhtes Konsumverhalten von Alkohol oder Drogen bei Jugendlichen beschrieben ist, wird dieser Aspekt in der Fragenbeantwortung von Tschechien nicht thematisiert. In Tschechien werden eher Mortalitäten hervorgehoben, die wiederum in anderen Ländern nicht Gegenstand der Beschreibung sind. Eine standardisierte Auswertung ist dementsprechend nicht zielführend.

Tabelle 2: Kategoriensystem II

| III Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern   |                             |   |   |  |                         |  |               |                          | Begründung der Stufung   |  |
|--|-----------------------------|---|---|--|-------------------------|--|---------------|--------------------------|--|--|
| <b>9.1 Welche Akteure/ Institutionen sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beteiligt?</b><br><br><i>keine Reihenfolge möglich</i><br><b>Anzahl der Nennungen</b><br><b>9</b> | Keine Festlegungen existent | Stiftungen, Vereine                                 | Approbierte Ärzte   | Arbeitgeber / Betriebsärzte                                    | Behörden (Gewerbeärzte) | Nationale und lokale Gesundheitseinheiten                    | Krankenkassen | Staatliche Institutionen | Die Beteiligung mehrerer Einrichtungen wird als nutzenbringender bewertet, da ein interdisziplinärer Ansatz und dementsprechend die Beteiligung verschiedener Institutionen die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher ganzheitlicher vorantreibt. |  |
| <b>10. Sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher?</b><br><br><b>1</b>  | Nein                        |   | Teilweise<br><i>[nicht systematisch für alle Jugendliche]</i>     |  |                         | Ja<br><i>[systematisch für alle Jugendliche]</i>             |               |                          | Die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes ermöglichen die Bewertung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes eines Jugendlichen.   |  |
| <b>11. Welche Anlässe für eine Jugendarbeitschutzuntersuchung sind definiert?</b><br><br><b>13</b>   | Keine Festlegungen existent | Bei bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen | Bei Beginn einer risikobehafteten Berufsausbildung (z.B. Friseur) | Beginn eines Ausbildungs-/ Beschäftigungsverhältnisses         |                         | Schulabgang unabhängig von Berufsausbildungsbeginn           |               |                          | Es wird als nutzenbringender bewertet, wenn eine breite Menge Jugendlicher einbezogen wird.  |  |
| <b>12. Welche Zeitpunkte für eine Jugendarbeitschutzuntersuchung sind definiert?</b><br><br><b>5</b>   | Keine Festlegungen existent |   | Flexibel gehandhabt   |  |                         | Festgelegter Zeitraum vor Beschäftigungs-/ Ausbildungsbeginn |               |                          | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.   |  |
| <b>13. Wie alt sind die Personen zum Zeitpunkt der (ersten) ärztlichen Untersuchung?</b><br><br><b>5</b>   | Keine Festlegungen existent |   |   | Festlegungen existent<br><i>[z.B. 15/16 bis &lt; 18 Jahre]</i> |                         |  |               |                          |  | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit. |

|   |  |                |  |                |         |   |  |
|---|--|----------------|--|----------------|---------|---|--|
| <b>14. Durch wen werden die Untersuchungen veranlasst?</b><br><b>5</b>  | Keine Festlegungen existent                  |                | Festlegungen existent<br><i>[z.B. Arbeitgeber]</i> |                |         | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.  |  |
| <b>15. Gibt es Fristen, die bei den Untersuchungen eingehalten werden müssen?</b><br><b>5</b>   | Nein   |                | Ja   |                |         | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.  |  |
| <b>17. Wo finden die jeweiligen Untersuchungen statt?</b><br><i>keine Reihenfolge möglich</i><br><i>Anzahl der Nennungen</i><br><b>5, 9</b> | keine Festlegungen existent                  | Arztpraxis     | Schule   | Behörde        | Betrieb | Sozialversicherungsträger   | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit. |
| <b>18.1/18.2 Wie erfolgt die Anamnese-Erhebung?</b><br><b>6, 7</b>  | Fragebögen für Jugendlichen/Sorgeberechtigte |                | Formblätter für den Untersuchenden                 |                |         | Formblätter, die der Untersuchende handhabt werden aufgrund seiner Sachkunde als nutzenbringender bewertet als Fragebögen, die ausschließlich durch den Jugendlichen oder seine Sorgeberechtigten ausgefüllt werden. Standardisierte Dokumente sind leichter auswertbar und vergleichbar. |  |
|   | nicht standardisiert                         | standardisiert | nicht standardisiert                               | standardisiert |         |   |  |
| <b>19. Was wird im Einzelnen untersucht?</b><br><b>Physische Befindlichkeit?</b><br><b>3, 4, 6</b>  | Nein   |                | Ja   |                |         | Die Berücksichtigung physischer Befindlichkeiten tragen zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Jugendlichen bei.   |  |
| <b>Psychische Befindlichkeit?</b><br><b>3, 4, 6</b>   | Nein   |                | Ja   |                |         | Die Berücksichtigung psychischer Befindlichkeiten tragen zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Jugendlichen bei.  |  |
| <b>Lebensstil?</b><br><b>3, 4, 6</b>  | Nein   |                | Ja   |                |         | Die Berücksichtigung des Lebensstils tragen zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Jugendlichen bei.   |  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Arbeitsrelevante Aspekte?</b><br>3, 4, 6   | Nein  | Ja   | Die Berücksichtigung arbeitsrelevanter Aspekte tragen zur Vorhersage möglicher Gefährdungen für den Jugendlichen bei.                             |
| <b>20.1 Existieren Untersuchungsleitlinien für asthmatische Erkrankungen?</b><br>4, 6   | Nein  | Ja   | Untersuchungsleitlinien ermöglichen eine einheitliche Begutachtung Jugendlicher, ebenso werden vergleichbare und evidenzbasierte Befunde erzielt. |
| <b>20.2 Existieren Untersuchungsleitlinien für Bewegungserkrankungen?</b><br>4, 6       | Nein  | Ja   | Untersuchungsleitlinien ermöglichen eine einheitliche Begutachtung Jugendlicher, ebenso werden vergleichbare und evidenzbasierte Befunde erzielt. |
| <b>20.3 Existieren Untersuchungsleitlinien für Allergien?</b><br>4, 6                   | Nein  | Ja   | Untersuchungsleitlinien ermöglichen eine einheitliche Begutachtung Jugendlicher, ebenso werden vergleichbare und evidenzbasierte Befunde erzielt. |
| <b>20.4 Existieren Untersuchungsleitlinien für Sinnesbeeinträchtigungen?</b><br>4, 6    | Nein  | Ja   | Untersuchungsleitlinien ermöglichen eine einheitliche Begutachtung Jugendlicher, ebenso werden vergleichbare und evidenzbasierte Befunde erzielt. |
| <b>20.5 Existieren Untersuchungsleitlinien für psychomenteale Erkrankungen?</b><br>4, 6 | Nein  | Ja   | Untersuchungsleitlinien ermöglichen eine einheitliche Begutachtung Jugendlicher, ebenso werden vergleichbare und evidenzbasierte Befunde erzielt. |
| <b>21. Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?</b><br>3, 4, 6              | Nein  | Ja   | Die Berücksichtigung der Lebensqualität tragen zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Jugendlichen bei.  |
| <b>22. Sind die Untersuchungsinhalte gesetzlich verankert?</b><br>2                     | Nein<br><i>[liegt im Ermessen des Arztes]</i> | Ja<br><i>[gesetzliche Vorgaben existent]</i> | Die gesetzliche Verankerung der Untersuchungsinhalte schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.   |

|  |   |  |   |               |   |
|--|---|--|---|---------------|---|
| 23 Besteht die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Auffälligkeiten zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen?<br>1, 2  | Nein  |  | Ja  |               | Ergänzende Untersuchungen ermöglichen eine genauere Begutachtung des Jugendlichen.  |
|  |   |  | freiwillig  | verpflichtend |   |
| 24.1 Welche Screeninginstrumente werden eingesetzt?<br>6   | Keine Festlegungen  | Unvollständige Festlegungen<br><i>[Einzusetzende Screeninginstrumente sind nur exemplarisch/unvollständig beschrieben]</i>                     | Vollständige Festlegungen<br><i>[Der Einsatz von Screeninginstrumenten ist detailliert beschrieben]</i>                   |               | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.  |
| 24.2 Was wird damit erfasst?<br>6  | Keine Festlegungen  | Unvollständige Festlegungen<br><i>[Untersuchungsziele als auch zu erhebende Informationen sind nur exemplarisch/unvollständig beschrieben]</i> | Vollständige Festlegungen<br><i>[Untersuchungsziele als auch zu erhebende Informationen sind detailliert beschrieben]</i> |               | Die Existenz von Festlegungen schafft transparente Strukturen und Verbindlichkeit.  |
| 25 Erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum der Jugendlichen?<br>4, 6 | Nein  |  | Ja<br><i>[Alle relevanten Belastungen, Krankheiten, Symptome werden ausreichend erfasst]</i>                              |               | Die Erfassung aller relevanten Belastungen, Krankheiten und Symptome ermöglicht fundierte Aussagen zum Gesundheits- und Entwicklungszustand eines Jugendlichen.   |
| 26 Sind die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel?<br>4, 6  | Nein<br><i>[Validität und Reliabilität sind für Instrumente/Untersuchungsmethoden nicht dokumentiert]</i> | Teilweise<br><i>[Validität und Reliabilität sind für einzelne Instrumente/Untersuchungsmethoden nicht dokumentiert]</i>                        | Ja<br><i>[Validität und Reliabilität sind für alle Instrumente/Untersuchungsmethoden dokumentiert]</i>                    |               | Die Validität und Reliabilität der Untersuchungsinstrumente ermöglicht zuverlässige und replizierbare Untersuchungsergebnisse.  |
| 27 Werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert?<br>8   | Nein<br><i>[Die Untersuchungsergebnisse werden nicht dokumentiert]</i>                                    |  | Ja<br><i>[Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse ist vorgeschrieben; eine Dokumentation erfolgt]</i>               |               | Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse dient der Nachvollziehbarkeit der Krankheitsgeschichte eines Jugendlichen bzw. von möglichen Beschäftigungseinschränkungen. Außerdem könnten dokumentierte Untersuchungsergebnisse im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe verwendet werden. |

|  |      |    |   |
|--|------|----|---|
| <b>28. Existiert eine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchungen prüft?</b><br><b>1</b>    | Nein | Ja | Eine Aufsicht prüft und sichert die Qualität der Untersuchungen.  |
| <b>29. Wird die Qualität der Untersuchungen überprüft?</b><br><b>1, 5</b>                            | Nein | Ja | Durch Qualitätskontrollen kann die Qualität der Untersuchungen geprüft bzw. gesichert werden.   |
| <b>30.1 Werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert?</b><br><b>8</b> | Nein | Ja | Die Dokumentation der Untersuchungsdaten dient der Nachvollziehbarkeit der Krankheitsgeschichte eines Jugendlichen bzw. von möglichen Beschäftigungseinschränkungen. Außerdem könnten dokumentierte Untersuchungsdaten im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe verwendet werden. |
| <b>30.2/3 Was wird im Einzelnen erfasst? Tauglichkeit für jeweilige Tätigkeit?</b><br><b>1</b>       | Nein | Ja | Die Erfassung dient der Ermittlung möglicher Gefährdungen für den Jugendlichen bei der Tätigkeitsausübung.  |
| <b>Gesundheitlicher Status des Jugendlichen?</b><br><b>1</b>   | Nein | Ja | Die Erfassung dient der Ermittlung möglicher Gefährdungen für den Jugendlichen bei der Tätigkeitsausübung.  |
| <b>Tätigkeitsbeschränkungen (z.B. Ausführungsverbot für Hebetätigkeiten)?</b><br><b>1</b>            | Nein | Ja | Die Erfassung dient der Ermittlung möglicher Gefährdungen für den Jugendlichen bei der Tätigkeitsausübung.  |

|   |      |    |   |
|---|------|----|---|
| <b>Empfehlungen für Jugendliche für weitere Untersuchungen oder Rehabilitationsmaßnahmen?</b><br>1  | Nein | Ja | Die Erfassung ermöglicht es, präventive Maßnahmen zu ergreifen.   |
| <b>Empfehlungen für Arbeitgeber bezüglich erforderlicher Schutzmaßnahmen im Betrieb?</b><br>1   | Nein | Ja | Die Erfassung ermöglicht es präventive Maßnahmen zu ergreifen.  |
| <b>Gesundheitsförderliche Aktivitäten für den einzelnen Jugendlichen?</b><br>1  | Nein | Ja | Die Erfassung ermöglicht es präventive Maßnahmen zu ergreifen.  |
| <b>Zusatz: Findet eine zentrale Erfassung (Zusammenführung der Einzeldaten) statt?</b><br>8   | Nein | Ja | Die Zusammenführung von Einzeldaten ermöglicht deren Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage der Zielgruppe. |
| <b>31. Werden die (zentralen) Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung im weiteren Verlauf genutzt?</b><br><b>Aufbereitung der genauen Anzahl der Untersuchungen?</b><br>1, 8 | Nein | Ja | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage der Zielgruppe.                                  |
| <b>Krankheitsstatistische Aufbereitung?</b><br>1, 8   | Nein | Ja | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage der Zielgruppe.                                  |
| <b>Gesundheitsförderliche Aktivitäten im Betrieb?</b><br>1, 8   | Nein | Ja | Gesundheitsförderliche Aktivitäten im Betrieb dienen der Gesunderhaltung der Mitarbeiter.   |

|   |      |    |  |
|---|------|----|--|
| <b>32. Lassen sich daraus gesetzliche Konsequenzen ableiten?<br/>Umsetzung des Arbeitnehmers?<br/>8</b> | Nein | Ja | Die Ableitung von Konsequenzen schützt den Jugendlichen vor möglichen Gesundheitsgefährdungen.   |
| <b>Entlassung?<br/>8</b>  | Nein | Ja | Die Ableitung von Konsequenzen schützt den Jugendlichen vor möglichen Gesundheitsgefährdungen.   |
| <b>Meldepflicht von Berufskrankheiten?<br/>8</b>  | Nein | Ja | Die Ableitung von Konsequenzen schützt den Jugendlichen vor möglichen Gesundheitsgefährdungen.   |
| <b>Einschränkung der freien Berufswahl?<br/>8</b>   | Nein | Ja | Die Ableitung von Konsequenzen schützt den Jugendlichen vor möglichen Gesundheitsgefährdungen.   |
| <b>33. Wer erhält Informationen zu Untersuchungsergebnissen?<br/>Jugendlicher?<br/>11</b>               | Nein | Ja | Die Information zu den Untersuchungsergebnissen schafft Transparenz und die Möglichkeit der Verringerung bzw. Beseitigung von möglichen Gesundheitsgefährdungen. |
| <b>Sorgeberechtigte/r?<br/>11</b>   | Nein | Ja | Die Information zu den Untersuchungsergebnissen schafft Transparenz und die Möglichkeit der Verringerung bzw. Beseitigung von möglichen Gesundheitsgefährdungen. |
| <b>Arbeitgeber/Betriebsarzt?<br/>11</b>   | Nein | Ja | Die Information zu den Untersuchungsergebnissen schafft Transparenz und die Möglichkeit der Verringerung bzw. Beseitigung von möglichen Gesundheitsgefährdungen. |



|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>34. Gibt es gesetzliche Regelungen zu weiteren Untersuchungen bei Ausbildungsberufswechsel/Branchenwechsel?</b><br>2 | Nein<br><i>[keine gesetzlichen Regelungen existent]</i> | Teilweise<br><i>[nur für bestimmte Berufsgruppen existent]</i> | Ja<br><i>[für alle Jugendlichen bei Ausbildungswechsel existent]</i> | Die gesetzliche Regelung zu weiteren Untersuchungen bei Ausbildungsberufswechsel dient der Schaffung verbindlicher Strukturen. |
| <b>35. Welchen rechtlichen Status hat die erste ärztliche Untersuchung bzw. wie verbindlich ist sie?</b><br>2           | Keine Festlegungen existent                             | Freiwillige Untersuchung                                       | Pflichtuntersuchung  | Der Grad der Verbindlichkeit der Untersuchung hat Auswirkungen auf die tatsächliche Inanspruchnahme.                           |
| <b>36. Ergeben sich Konsequenzen bei Nichtdurchführung der Untersuchung? Sanktionen für den Arzt?</b><br>2              | Nein  |  | Ja   | Die Existenz möglicher Sanktionen haben Auswirkungen auf die tatsächliche Durchführung.  |
| <b>Sanktionen für den Arbeitgeber?</b><br>2   | Nein  |  | Ja   | Die Existenz möglicher Sanktionen haben Auswirkungen auf die tatsächliche Durchführung.  |
| <b>Beschäftigungsverbot für den Jugendlichen?</b><br>2  | Nein  |  | Ja   | Die Existenz möglicher Sanktionen haben Auswirkungen auf die tatsächliche Durchführung.  |

|  |  |                                      |  |                             |   |
|--|--|--------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| <b>37. Welche Qualifikationsanforderungen werden an die durchführenden Ärzte oder andere dafür verantwortliche Personen gestellt?</b><br>7           | Arzt ohne Facharztqualifikation                            | Arzt mit unspezifischer Fachrichtung | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin             | Facharzt für Arbeitsmedizin | Vorhandene jugend- bzw. arbeitsmedizinische Mindestqualifikationen der Untersuchenden ermöglichen eine sachkundigere Begutachtung des Jugendlichen; bei einem Arbeitsmediziner insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung in Bezug auf die auszuübende Tätigkeit. |
| <b>38. Werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder Sonstiges konkretisiert?</b><br>7 | Nein<br>[Keine Konkretisierung der Qualitätsanforderungen] |                                      | Ja<br>[Konkretisierung der Qualitätsanforderungen] |                             | Vorhandene Mindestqualifikationen der Untersuchenden ermöglichen eine sachkundigere Begutachtung des Jugendlichen.  |
| <b>39. Existieren spezifische Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für die durchführenden Ärzte/ verantwortlichen Personen?</b><br>7                  | Nein   | Ja<br>freiwillig      verpflichtend  |  |                             | Vorhandene Mindestqualifikationen der Untersuchenden ermöglichen eine sachkundigere Begutachtung des Jugendlichen.  |
| <b>40.1 Sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge?</b><br>1   | Nein   |                                      | Ja   |                             | Die Einbettung in ein Vorsorgesystem, das über das Jugendalter hinausgeht ermöglicht eine langfristige Betreuung und schafft nachhaltige Strukturen.  |
| <b>40.2 Existiert ein Untersuchungskonzept?</b><br>1   | Nein   |                                      | Ja   |                             | Die Existenz eines Untersuchungskonzepts schafft transparente Strukturen und ermöglicht die Vergleichbarkeit von Untersuchungen.  |
| <b>42. Wer trägt die Kosten?</b><br>12   | Jugendlicher/ Sorgeberechtigter                            | Arbeitgeber                          | Krankenkasse                                       | Staat                       | Eine gesellschaftliche Verantwortung bei der Kostenübernahme erscheint bei der Zielsetzung, die die Untersuchungen verfolgen gegeben.   |

|   |      |    |   |
|---|------|----|---|
| <p><b>43 Gab es in den letzten 10 Jahren gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes?</b></p> <p>1</p> | Nein | Ja | Anpassungen bzw. Modernisierungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes erscheinen nutzenbringend vor dem Hintergrund sich wandelnder Strukturen. |
| <p><b>44 Wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten 10 Jahren geändert?</b></p> <p>1</p>   | Nein | Ja | Anpassungen bzw. Modernisierungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes erscheinen nutzenbringend vor dem Hintergrund sich wandelnder Strukturen. |
| <p><b>45 Erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen auch eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte?</b></p> <p>1</p>          | Nein | Ja | Berufsberatungen im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte können zur Sensibilisierung des Jugendlichen für dieses Thema beitragen.           |
| <p><b>46 Existiert eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift?</b></p> <p>1</p>               | Nein | Ja | Berufsberatungen im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte können zur Sensibilisierung des Jugendlichen für dieses Thema beitragen.           |
| <p><b>47 Existieren andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren?</b></p> <p>1</p>          | Nein | Ja | Berufsberatungen im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte können zur Sensibilisierung des Jugendlichen für dieses Thema beitragen.           |

## 9.2 Welche Aufgaben nehmen diese Akteure/Institutionen wahr?

Die Aufgaben, die verschiedene Akteure/Institutionen wahrnehmen, können keiner Wertung unterzogen werden, vielmehr gilt es diese qualitativ zu diskutieren. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet.

## 16. Wie lange dauern die jeweiligen Untersuchungen?

Die Dauer der Untersuchungen ist nicht in standardisierter Form zu fassen. Vielmehr ist zu diskutieren, ob alle relevanten Aspekte eine ausreichende medizinische Begutachtung erfahren haben. Auf eine Aufnahme in das Kategoriensystem wird aus diesem Grund verzichtet.

## 19. Was wird im Einzelnen untersucht?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, ob einzelne Aspekte bei der Untersuchung Berücksichtigung erfahren.

## 20. Existieren Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, ob Untersuchungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen existieren.

## 30.2 Was wird im Einzelnen erfasst?

## 30.3 Wofür werden diese Daten verwendet?

Die Beantwortung der beiden Fragen ergab bei den Bearbeitern häufig Dopplungen bzw. Verweise aufeinander. Aus diesem Grund wurde im Kategoriensystem nur eine (30.2) Frage aufgenommen. Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die aufzeigen, ob einzelne Sachverhalte erfasst werden.

Eine Zusatzfrage wurde eingefügt: Findet eine zentrale Erfassung der Daten statt?

Die Bearbeiter gaben meistens an, dass für eine Weiterverwendung der Daten aus ärztlichen Untersuchungen oder auch für die Ableitung rechtlicher Konsequenzen eine zentrale Erfassung erforderlich ist. Da bei einzelnen Ländern nur die Daten der Einzeluntersuchungen erfasst werden, jedoch keine Zusammenführung der Daten stattfindet, wurde die Fragestellung zusätzlich aufgenommen.

## 31. Werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung im weiteren Verlauf genutzt?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, wofür die Untersuchungsdaten genutzt werden.

## 32. Lassen sich daraus rechtliche Konsequenzen ableiten?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, welche rechtlichen Konsequenzen existieren.

## 33. Wer erhält die Informationen zu Diagnosen und Befunden?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, wer Informationen erhält.

## 36. Ergeben sich Konsequenzen bei Nichtdurchführung der Untersuchung?

Die Frage wurde in Teilfragen aufgegliedert, die erfassen, welche Konsequenzen im jeweiligen Land existieren.

**Tabelle 3:** Kategoriensystem III

| IV Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/des Jugendarbeitsschutzes  |      |    | Begründung der Stufung   |
|--|------|----|--|
| 48.1 Werden Daten zu Berufs-/ Ausbildungsabbrüchen Jugendlicher aus gesundheitlichen Gründen erfasst und ausgewertet?<br>8 | Nein | Ja | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe. Außerdem kann die Erfassung zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen. |
| 48.2 Werden die damit verbundenen jährlichen Kosten erfasst?<br>8  | Nein | Ja | Die Erfassung kann zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen.  |
| 49. Werden Daten zu Berufskrankheiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet?<br>8                              | Nein | Ja | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe. Außerdem kann die Erfassung zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen. |

|  |       |   |  |
|--|-------|---|--|
| <b>50. Wird erfasst, um welche Berufskrankheiten es sich dabei handelt?</b><br><b>8</b>  | Nein  | Ja  | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe. Außerdem kann die Erfassung zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen. |
| <b>51. Werden die damit verbundenen jährlichen Kosten erfasst?</b><br><b>8</b>   | Nein  | Ja  | Die Erfassung kann zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen.  |
| <b>52. Werden Daten zu AU-Zeiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet?</b><br><b>8</b>  | Nein  | Ja  | Dies ermöglicht die Nutzung im Rahmen von nationalen Studien zur gesundheitlichen Lage dieser Zielgruppe. Außerdem kann die Erfassung zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen. |
| <b>53. Werden die damit verbundenen Kosten jährlichen Kosten erfasst?</b><br><b>8</b>  | Nein  | Ja  | Die Erfassung kann zur Bewertung des Nutzens der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes beitragen.  |
| <b>54. Werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet?</b><br><b>8</b>                               | Nein  | Ja  | Die gesundheitliche Situation Jugendlicher kann durch die Nutzung der Daten zur Ableitung von Präventions- und Gesundheitszielen verbessert werden.  |
| <b>55. Welche Auswirkungen hat dies auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf?</b><br><b>1, 8</b> | Keine | Arbeitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung | Die gesundheitliche Situation Jugendlicher im Betrieb kann durch die Nutzung der Daten zur Ableitung von Präventions- und Gesundheitszielen verbessert werden.   |

|   |      |    |  |
|---|------|----|--|
| <p><b>56 Gibt es in den jeweiligen EU-Ländern Ansätze/Konzepte, die eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen anvisieren (z. B. durch Evaluationsstudien)?</b></p> <p><i>1, 8</i></p> | Nein | Ja | Ansätze/Konzepte, die eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher anvisieren können zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher beitragen. |
| <p><b>57 Werden regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang erstellt?</b></p> <p><i>1, 8</i></p>  | Nein | Ja | Die Existenz von Kosten-Nutzen-Analysen ermöglicht eine Bewertung der Ansätze/Konzepte in den jeweiligen Ländern.  |

Die Fragen 48.1 bis 52 sind im Rahmen einer standardisierten Auswertung mit dem Ziel einer vergleichenden Einschätzung nicht darstellbar. Aus diesem Grund wurde für diese Fragen im Kategoriensystem nur erfasst, ob eine Datenerfassung erfolgt, da dies Rückschlüsse auf den Stand im jeweiligen Land zulässt.

## **Datenaufbereitung**

Die Informationen, die durch die Beantwortung der Fragen anhand der EU-Partner vorliegen, wurden in das Kategoriensystem eingeordnet. Zur Prüfung der Güte des Erfassungssystems ordneten zwei Beurteiler der Dresdner Projektgruppe die gelieferten Informationen jedes Partnerlandes unabhängig voneinander ein. Die Urteilerübereinstimmung wurde ermittelt durch die Berechnung des Wertes Cohens Kappa und lag zwischen .70 und .86.<sup>4</sup> Dementsprechend kann von einer zufriedenstellenden Übereinstimmung ausgegangen werden.

Die Stufungen, die links im Kategoriensystem angeordnet sind, wurden mit einem Wert von 0 kodiert, die Stufungen rechts daneben mit einem Wert von 1, die Stufung wiederum rechts davon mit einem Wert von 2 usw. Die unterschiedliche Anzahl der Stufen wird durch eine Transformation berücksichtigt (s. Anhang D).

### **5.1.3 Selbsteinschätzung der EU-Partner**

#### **Ziel**

Die Selbsteinschätzung stellt eine Bewertung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im jeweiligen EU-Land durch den bearbeitenden Partner selbst dar. Der Bearbeiter sollte als Experte seines Landes die Situation, die in der ersten Phase anhand des Fragenkatalogs erarbeitet wurde, in einem zweiten Schritt hinsichtlich ihrer Güte bewerten. Dies diene zum Einen dazu, das hypothesengeleitete Kategoriensystem zu überprüfen, und zum Anderen dazu, ein Benchmarking zu vermeiden, da davon ausgegangen werden kann, dass nicht immer alle relevanten Informationen durch die Partner vollständig aufgezeigt wurden.

#### **Vorüberlegungen**

Die Erstellung der Selbsteinschätzung ist auf der Grundlage des Fragenkataloges entstanden, den die EU-Partner im Rahmen ihrer Recherche beantwortet haben. Die Einzelfragen des Fragenkataloges wurden inhaltlich zu 19 Themengebieten zusammengefasst. Anschließend wurde zu jedem Themengebiet eine Frage zur Selbsteinschätzung der EU-Partner entwickelt (siehe Anhang C). Für die Themengebiete „Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher“ und „Untersuchungsinstrumente und -methoden“ wurden jeweils drei Fragen zur Selbsteinschätzung entwickelt, für die Themengebiete „Gesundheitliche Beeinträchtigungen in Bezug auf das Arbeitsleben“, „Berufsberatung für Jugendliche im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen“ und „Konsequenzen“ wurden jeweils zwei Fragen zur Selbsteinschätzung erstellt. Außerdem wurden zwei zusätzliche Fragen in die Selbsteinschätzung aufge-

---

<sup>4</sup> Cohens Kappa ist ein statistisches Maß für die Interrater-Reliabilität von Einschätzungen von (in der Regel) zwei Beurteilern (Ratern). Wenn die Rater in allen ihren Urteilen übereinstimmen, ist  $\kappa=1$ . Sofern sich nur Übereinstimmungen zwischen den beiden Ratern feststellen lassen, die mathematisch dem Ausmaß des Zufalls entsprechen, nimmt es einen Wert von  $\kappa = 0$  an. Als Resümee lässt sich festhalten, dass  $\kappa$ -Werte von 0,40 bis 0,60 vielleicht noch annehmbar sind, aber Werte unter 0,40 mit etwas Skepsis betrachtet werden sollten. Interrater-Reliabilitätswerte von  $\kappa \geq 0,75$  scheinen gut bis ausgezeichnet.



nommen, sodass diese insgesamt aus 28 Fragen besteht. Allen Fragen liegt dasselbe Antwortformat zu Grunde; die Partner sollen den jeweiligen Sachverhalt auf einer Skala von 1 (entspricht mangelhaft) bis 5 (entspricht sehr gut) einschätzen. In der folgenden Tabelle sind die Fragen des Fragenkatalogs in Bezug auf ihre Zuordnung zu den Themengebieten der Selbsteinschätzung dargestellt (Tab. 1).

**Tabelle 4:** Fragen des Fragenkatalogs in Bezug auf ihre Zuordnung zu den Themengebieten der Selbsteinschätzung

| Gliederung                          | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte   | Zuordnung – Selbsteinschätzung   | Themengebiet                                    |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Allgemeine Rahmenbedingungen</b> | 1.1 Existieren in Ihrem Land allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele?                       | 1.1 Wie beurteilen Sie die rechtliche Verankerung allgemeiner Gesundheits- und Präventionsziele in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?                                     | <b>Allgemeine Gesundheitsziele</b>              |
|                                     | 1.2 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?  |  |   |
|                                     | 1.3 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?                                   |  |   |
|                                     | 2 Wie werden Jugendliche in Ihrem Land in Bezug auf das Alter definiert?                         | 1.2 Wie beurteilen Sie die rechtlich normierte Altersdefinition Jugendlicher in Bezug auf die Anforderungen eines präventiven Jugendarbeitsschutz auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Definition Jugendlicher bzgl. des Alters</b> |
|                                     | 3 Worauf basiert diese Altersdefinition?   |  |   |
|                                     | 4.1 Existieren in Ihrem Land spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen? | 1.3 Wie beurteilen Sie die rechtliche Verankerung spezifischer Gesundheits- und Präventionsziele für Jugendliche in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?                    | <b>Gesundheitsziele für Jugendliche</b>         |
|                                     | 4.2 Handelt es sich um evidenzbasierte Gesundheitsziele?   |  |   |
|                                     | 4.3 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?  |  |   |
|                                     | 4.4 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?                                   |  |   |

| Gliederung                          | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte   | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet                                  |   |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| <b>Allgemeine Rahmenbedingungen</b> | 5.1 Welche Institutionen beteiligen sich an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche?  | 1.3 Wie beurteilen Sie die rechtliche Verankerung spezifischer Gesundheits- und Präventionsziele für Jugendliche in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?       | <b>Gesundheitsziele für Jugendliche</b>       |   |
|                                     | 5.2 Welche Aufgaben nehmen diese Institutionen wahr?   |   |   | <b>Gesundheitsziele für Jugendliche</b> |
|                                     | 5.3 Wie ist die Zusammenarbeit organisiert?  |   |   |   |
|                                     | 6 Sind diese Gesundheitsziele Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung?   |   | <b>Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher</b> |   |
|                                     | 6.1 Fließen diese Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein?   |   |   |   |
|                                     | 7.1 Gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen?<br><br>7.2 Wenn ja, um welche weiterführenden gesetzlichen Regelungen/Richtlinien handelt es sich dabei? | 3.1 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Betreuung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5 in Bezug auf das Arbeitsleben? |   |   |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet   |
|---|---|---|--|
| <b>Allgemeine Rahmenbedingungen</b>                                       | 7.3 Was sind die einzelnen Zielstellungen, die mit diesen gesetzlichen Regelungen/Richtlinien verbunden sind?                                     | 3.11 Wie beurteilen Sie das spezifische Konzept der gesundheitlichen Betreuung vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzungen und den Herausforderungen der Arbeitswelt – insbesondere in Bezug auf die Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen in ihrem Land (sofern vorhanden) auf einer Skala von 1 bis 5? |  |
|   | 7.4 Wie lässt sich die theoretische Grundlage charakterisieren? Basiert diese Grundlage auf einem salutogenetischen oder pathogenetischen Ansatz? |   |  |
| <b>Allgemein gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land</b> | 8.1 Bitte beschreiben Sie die gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land.   | 2.1 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Situation der Jugendlichen in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  | <b>Gesundheitliche Situation Jugendlicher</b>                |
|   | 8.2 Welches sind die vorherrschenden gesundheitlichen Probleme in dieser Altersgruppe?  |   |  |
|   | 8.3 Wie wird die gesundheitliche Situation/der gesundheitliche Status von Jugendlichen in Ihrem Land erhoben?                                     | 2.2 Wie beurteilen Sie die Erfassung der gesundheitlichen Situation der Jugendlichen in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?   | <b>Erfassung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher</b> |
|   | 8.4 Welche Akteure/Institutionen sind in diesen Prozess involviert?   |   |  |
|   | 8.5 Gibt es hierfür spezialisierte Ärzte, die diese Situation erfassen?   |   |  |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte   | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet                                  |
|---|--|---|---|
| <b>Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern</b> | 9.1 Welche Akteure/Institutionen sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beteiligt?      | 1.4 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  | <b>Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher</b> |
|   | 9.2 Was sind ihre Aufgaben?  |   |   |
|   | 10 Sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher?            | 3.11 Wie beurteilen Sie das spezifische Konzept der gesundheitlichen Betreuung vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzungen und den Herausforderungen der Arbeitswelt – insbesondere in Bezug auf die Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen in ihrem Land (sofern vorhanden) auf einer Skala von 1 bis 5? |   |
|   | 40.1 Sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge?               |   |   |
|   | 23 Besteht die Möglichkeit bei gesundheitlichen Auffälligkeiten ergänzende Untersuchungen zu nutzen? |   |   |
|   | 28 Existiert eine Aufsicht, die die Durchführung der Untersuchung prüft?                             |   |   |
|   | 40.2 Existiert ein spezifisches Untersuchungskonzept?  |   |   |
|   | 40.3 Wie lässt sich dieses Konzept in seinen Grundzügen charakterisieren?                            |   |   |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet                                 |
|---|---|---|--|
| <b>Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern</b> | 11/12 Welche Anlässe/Zeitpunkte für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen sind in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG über den Jugendarbeitsschutz und ggf. weiterführende und konkretisierende nationale Rechtsvorschriften definiert? | 3.3 Wie beurteilen Sie die festgelegten Zeitpunkte und Fristen für Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Hinblick auf die Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Zeitpunkte/Fristen für Untersuchungen</b> |
|   | 13 Wie alt sind die Jugendlichen zum Zeitpunkt der jeweiligen ärztlichen Untersuchungen?  |   |  |
|   | 15 Gibt es Fristen, die im Rahmen der Untersuchungen eingehalten werden müssen?   |   |  |
|   | 16 Wie lange dauern die jeweiligen Untersuchungen?  | 3.4 Wie beurteilen Sie die aufgewendete Zeit für die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?   | <b>Dauer der Untersuchungen</b>              |
|   | 18.1 Wie erfolgt die Erhebung der Anamnese?   | 3.5 Wie beurteilen Sie die Inhalte der Untersuchungen in Bezug auf präventive und gesundheitsförderliche Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?                 | <b>Inhalte der Untersuchungen</b>            |
|   | 18.2 Wer führt diese Anamnese aus?  |   |  |
|   | 18.3 Welche Inhalte werden erfasst?   |   |  |
|   | 19 Was wird im Detail untersucht?   |   |  |
|   | 20 Existieren Untersuchungsleitlinien für einzelne Erkrankungen?  |   |  |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung   | Themengebiet                                  |
|---|---|--|---|
| <b>Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern</b> | 21 Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?   |  |   |
|   | 22 Sind die Untersuchungsinhalte gesetzlich verankert?  |  |   |
|   | 24.1 Welche Screeninginstrumente werden bei der Untersuchung eingesetzt?  | <p>3.6.1 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung von Befindlichkeitsstörungen in der Arbeitswelt?</p> <p>3.6.2 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung von Erkrankungen in der Arbeitswelt?</p> <p>3.6.3 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung des Belastungsspektrums in der Arbeitswelt?</p> | <b>Untersuchungsinstrumente und -methoden</b> |
|   | 24.2 Was erfassen diese Instrumente?  |  |   |
|   | 25 Erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten? |  |   |
| 26 Sind die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel?               |   |  |   |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte   | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet                                     |
|---|--|---|--|
|   | 27 Werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert?  | 3.7 Wie beurteilen Sie die Dokumentation von Untersuchungsergebnissen im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  | <b>Dokumentation der Untersuchungsergebnisse</b> |
|   | 30.1 Werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert?                |   |  |
|   | Zusatz: Findet eine zentrale Erfassung statt?  |   |  |
| <b>Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern</b> | 30.3 Wofür werden diese Daten verwendet?   | 3.8 Wie beurteilen Sie die Verwertung der Daten zur individuellen Einzelfallbeurteilung, die im Rahmen der Dokumentation von Untersuchungsergebnissen im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land erhoben werden auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Datenverwertung</b>                           |
|   | 29 Wird die Qualität der Untersuchungen überprüft?   |   |  |
|   | 31 Werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung im weiteren Verlauf genutzt?                |   |  |
|   | 32 Lassen sich daraus auch rechtliche Konsequenzen ableiten?                                     |   |  |
|   | 34 Gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungswechsel?           | 3.9 Wie bewerten Sie die Wirksamkeit der rechtlichen Eingriffsmöglichkeiten ein (sofern vorhanden), wenn Untersuchungen nicht, wie gesetzlich vorgesehen, durchgeführt werden auf einer Skala von 1 bis 5?  | <b>Verbindlichkeit der Untersuchungen</b>        |
|   | 35 Welchen rechtlichen Status haben die ärztlichen Untersuchungen bzw. wie verbindlich sind sie? |   |  |
|   | 36 Welche Konsequenzen ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung?                      |   |  |



| Gliederung | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet                            |
|------------|---|---|---|
|            | 37 Welche Qualifikationsanforderungen werden an die durchführenden Ärzte oder andere dafür verantwortliche Personen gestellt?           | 3.10 Wie beurteilen Sie die Qualifikation der Untersuchenden im Hinblick auf die präventiven (gesundheitsförderlichen) Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Qualifikation der Untersuchenden</b> |
|            | 38 Werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder Sonstiges konkretisiert? |   |   |
|            | 39 Existieren spezifische Fortbildungen für die durchführenden Ärzte/verantwortliche Personen?  |   |   |
|            | 40.2 Existiert ein spezifisches Untersuchungskonzept?   | Keine spezifische Frage zur Selbsteinschätzung vorhanden  | <b>Untersuchungskonzept</b>             |
|            | 40.3 Wie lässt sich dieses Konzept in seinen Grundzügen charakterisieren?   |   |   |
|            | 41 Welche Kosten entstehen durch eine ärztliche Untersuchung?   | 3.12 Wie beurteilen Sie das System der Kostenübernahme von Jugendschutzuntersuchungen in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  | <b>Kosten</b>                           |
|            | 42 Wer trägt die Kosten der ärztlichen Untersuchungen (z. B. Krankenkassen, andere Versicherungen, Arbeitgeber...)?                     |   |   |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung  | Themengebiet  |
|---|---|---|---|
| <b>Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern</b> | 43 Gab es in den letzten 10 Jahren gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes?                                      | 3.13 Wie beurteilen Sie gesetzliche Änderungen der letzten 10 Jahre in Bezug auf Effektivität bzw. Effizienz ärztlicher Untersuchungen Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes (sofern vorhanden) in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Änderungen/Modifizierungen</b>   |
|   | 44 Wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten 10 Jahren geändert.  |   |   |
|   | 45 Erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen auch eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte?   | 3.14 Wie beurteilen Sie die Umsetzung einer krankheitspräventiv und gesundheitsförderlich ausgerichteten Berufsberatung im Rahmen der Maßnahmen des Jugendarbeitsschutzes (sofern vorhanden) in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?               | <b>Berufsberatung für Jugendliche im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen</b> |
|   | 46 Existiert eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift? Info: unabhängig von den ärztlichen Untersuchungen | 3.15 Wie beurteilen Sie andere Formen von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreifen (sofern vorhanden) auf einer Skala von 1 bis 5?   |   |
|   | 47 Existieren andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren?   |   |   |

| Gliederung   | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte   | Zuordnung – Selbsteinschätzung   | Themengebiet   |
|--|--|--|--|
| <b>Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/ des Jugendarbeitsschutzes</b> | 48.1 Wie hoch ist die Zahl der Ausbildungsabbrüche in Folge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen?                                 | 4.1 Wie beurteilen Sie die Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen in Folge ihrer beruflichen Tätigkeit in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?            | <b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen Jugendlicher in Bezug auf das Arbeitsleben</b> |
|  | 48.2 Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?  |  |  |
|  | 49 Wie hoch ist die Anzahl von Berufskrankheiten bei Jugendlichen (Bitte geben Sie an, welche Altersklassen hier betrachtet werden)? | 4.2 Wie beurteilen Sie die Erfassung der Kosten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen in Folge ihrer beruflichen Tätigkeit in ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5? |  |
|  | 50 Um welche Berufskrankheiten handelt es sich?  |  |  |
|  | 51 Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?  |  |  |
|  | 52 Wie hoch sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Diagnosen?   |  |  |
|  | 53 Werden die damit verbundenen jährlichen Gesamtkosten erfasst?   |  |  |

| Gliederung  | Fragen entsprechend der Datenbankinhalte  | Zuordnung – Selbsteinschätzung   | Themengebiet        |
|---|---|--|---------------------|
|   | 54 Werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet?  | 4.3 Wie beurteilen Sie die Weiterverwendung von Daten zur gesundheitlichen Situation Jugendlicher, die im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher gewonnen werden, im Hinblick auf eine nationale Gesundheitsstrategie zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Ziele in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5? | <b>Konsequenzen</b> |
| 55 Welche Auswirkungen hat das auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf?        |   |  |                     |
| 56 Existieren in Ihrem Land Konzepte/Programme/Studien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen (z. B. Evaluationsstudien) | 4.4 Wie beurteilen Sie die Evaluation der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes durch wissenschaftliche Studien (z. B. Zielsetzungen, Inhalte, Instrumente, Verfahrensweisen und Methoden)? |  |                     |
| 57 Werden regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang erstellt?   |   |  |                     |

### Zusatzfragen

- 2.3** Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsförderlichen Programmen in Ihrem Land für die Zielgruppe der Jugendlichen auf einer Skala von 1 bis 5?
- 3.2** Wie beurteilen Sie die Umsetzung der Ziele, die mit der gesundheitlichen Betreuung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land erreicht werden sollen, auf einer Skala von 1 bis 5?

## **Datenaufbereitung**

Die Antworten der Selbsteinschätzung wurden mit Werten von 1 bis 5 kodiert. Der Wert 1 entspricht der Antwort ‚mangelhaft‘, der Wert 5 der Antwort ‚sehr gut‘.

### **5.1.4 Datenauswertung**

In einem ersten Schritt wurden die von den Bearbeitern der jeweiligen Länder gegebenen Antworten auf die 57 gestellten Fragen qualitativ aufbereitet. Die Aufbereitung fand fragenweise statt. Es wurden zunächst die Ergebnisse für Deutschland dargestellt, die anhand von Zuarbeiten verschiedener Landes- und Bundesministerien und mittels eigener Recherchen gewonnen wurden. Dann wurden die Antworten der Länder hinzugefügt.

Die weitere Datenauswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS 15.0.

In einem zweiten Schritt wurden die Ausprägungen von Deutschland im Kategoriensystem denen der EU-Teilnahmeländer vergleichend gegenübergestellt, um mögliche Anregungen für das deutsche System ableiten zu können.

In einem dritten Auswertungsschritt wurde überprüft, inwieweit die Partner, die die Selbsteinschätzung bearbeitet haben, mit der hypothesengeleiteten Stufung des Kategoriensystems übereinstimmen. Dazu wurden die Items des Kategoriensystems den Themengebieten zugeordnet, die für die Konstruktion der Selbsteinschätzung erstellt wurden. Die Items eines Themengebietes (s. Tab. 1) wurden aufsummiert. Die Summen wurden mittels einer selbstentwickelten Punktetabelle (s. Anhang D) auf eine Skala von 1 bis 5 transformiert, um eine Vergleichbarkeit zwischen der Fremdbewertung anhand des Kategoriensystems und der Selbstbewertung durch die Partner zu ermöglichen. Dazu wurden die maximal zu erzielenden Werte eines jeden Themengebietes ermittelt und in der Spalte ‚Summe‘ der Tabelle des Anhang D als Ausgangswert aufgesucht. Der für das jeweilige Land und den jeweiligen Themenkomplex ermittelte Summenwert wird vom Ausgangswert in Abhängigkeit des Gesamtwertes in den Spalten 1 bis 5 ermittelt. Die Zugehörigkeit zur Spalte ergibt den Punktwert der dem jeweiligen Summenwert zugeordnet wird.

Die Art der Gegenüberstellung von Fremd- und Selbsteinschätzung ist methodisch hinterfragbar; sie geht auf Wünsche der Auftraggeber zurück.

## 5.2 Vergleich der gegenwärtigen Situation der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher in Deutschland und den EU-Teilnahmeländern anhand der Antworten der Länderexperten

### Allgemeine Rahmenbedingungen

- 1.1 Existieren in Ihrem Land allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele? Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und in welcher Art und Weise diese verbindlich sind.
- 1.2 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?
- 1.3 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?

- *In Deutschland existieren sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele. Dies ist auch in allen befragten Ländern der Fall.*
- *Die allgemeinen Gesundheits- und Präventionsziele sind in Deutschland nicht verbindlich, die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt hier auf freiwilliger Basis. In den Vergleichsländern Frankreich, Italien und in Österreich ist Verbindlichkeit in jeweils unterschiedlicher Ausprägung gegeben.*
- *In Deutschland sind die allgemeinen Gesundheits- und Präventionsziele nicht im nationalen Recht verankert. Dies ist auch in den Niederlanden und Tschechien der Fall, während in Finnland, Frankreich, Italien und Österreich eine rechtliche Verankerung auf nationaler Ebene besteht.*
- *Weder in Deutschland noch in den befragten Ländern existiert eine rechtliche Verankerung auf regionaler Ebene. In Österreich haben die allgemeinen Gesundheits- und Präventionsziele zwar ausschließlich regionalen Charakter (auf Ebene der Bundesländer), rechtliche Verankerung finden sie allerdings dennoch auf nationaler Ebene.*

In **Deutschland** existieren allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele. Beispielsweise wurden durch das im Jahr 2000 als Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesländern initiierte 'Forum gesundheitsziele.de', das seit Anfang 2007 ein aus eigenen Mitteln der Beteiligten finanziertes und auf Dauer angelegter Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses ist und unter Mitwirkung von Bund, Ländern, der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, der privaten Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern beziehungsweise Selbsthilfegruppen bisher exemplarisch sechs Gesundheitsziele im Bereich Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Reduktion von Tabakkonsum, Gesund aufwachsen, Patientensouveränität und depressive Erkrankungen entwickelt und bearbeitet hat. Die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen im Bereich dieser Gesundheitsziele erfolgt auf freiwilliger Basis. Darüber hinaus gibt es auch auf Landesebene Zielprozesse.

Auch in den befragten EU-Partnerländern gibt es ausnahmslos Gesundheits- und Präventionsziele. In **Finnland** sind diese von Regierungsseite auf der Grundlage der

Programme 'Gesundheit 2015' und 'Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2015' verankert.

**Frankreich** legt mittels nationalem Recht jeweils auf die Dauer von fünf Jahren 100 Gesundheits- und Präventionsziele fest und definiert für einige von ihnen Zielgrößen, sodass die Voraussetzungen für eine Kontrolle der Umsetzung der formulierten Ziele gegeben sind und eine hohe Transparenz geschaffen wird, während die rechtliche Verankerung die entsprechenden Rahmenbedingungen zur Erreichung der definierten Ziele schafft. Ist der Fünf-Jahreszeitraum abgelaufen, werden jeweils neue Gesundheitsziele bestimmt. Die Gesetzgebung erfolgt dabei ausschließlich auf nationaler Ebene, auf Regionalebene wird von den Regionalleitungen des Gesundheitsministeriums gezielt ein jeweiliges Plansoll verabschiedet.

In **Italien** sind die allgemeinen Präventions- und Gesundheitsziele im nationalen Gesundheitsplan zusammengefasst, der spezielle Kapitel zur allgemeinen Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz enthält. Der nationale Gesundheitsplan legt nationale Regeln und Prinzipien fest, die auf regionaler Ebene umzusetzen sind und der allgemeinen Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen dienen.

In den **Niederlanden** gibt es gemäß der Angaben des Länderexperten Gesundheits- und Präventionsziele in vielerlei Hinsicht. Diese betreffen zum einen Belange der Gesundheit allgemein und zum anderen den Bereich Lebensstil.

Die **österreichischen** Partner geben an, dass es keine nationalen Gesundheitsziele gebe, allerdings einige Bundesländer Gesundheitsziele definiert hätten, die von den Landesregierungen beschlossen würden und in nationalem Recht verankert seien.

Beispielhaft werden für Oberösterreich die zehn Zielbereiche Diabetes-Spätfolgen, Zahngesundheit, Betriebliche Gesundheitsförderung, Psychosoziale Gesundheit, Impfen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Rauchfreie Lebensräume, Sucht, Gesundheitsfördernde Schule und gesunde Gemeinden genannt. Diese Zielbereiche würden zu festgelegten Zeitpunkten bezüglich ihrer Umsetzung überprüft.

Ähnliches gelte auch für die Steiermark, wo im Jahre 2007 ebenfalls Gesundheits- und Präventionsziele mit dem Ziel der Umsetzung unter Berücksichtigung bekannter Gesetzmäßigkeiten (zum Beispiel sozioökonomische und kulturelle Bedingungen, demographische Entwicklungen) erarbeitet worden seien. Über die Definition von Gesundheitsdeterminanten seien hier auf der Grundlage erstellter Analysen und erhobener Daten gezielt Strategien und Maßnahmen zur themenzentrierten Herstellung von Gesundheitsbedingungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen Arbeit, Gemeinde, Wohnumfeld, Lernen, Ernährung, Suchtmittel entwickelt worden.

In **Tschechien** wurde das Programm 'Gesundheit 21' gemäß World Health Organization (WHO) auf Regierungsebene adjustiert und entwickelt. Am 30. Oktober 2002 wurden in diesem Zusammenhang neun Ziele beschlossen, davon vier zur Gesundheit von Jugendlichen.

**Tabelle 5:** Verankerung der allgemeinen Gesundheits- und Präventionsziele auf nationaler und/oder regionaler Ebene

|             | Nationale rechtliche Verankerung | Regionale rechtliche Verankerung |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Deutschland | nein                             | nein                             |
| Finnland    | ja                               | nein                             |
| Frankreich  | ja                               | nein                             |
| Italien     | ja                               | nein                             |
| Niederlande | nein                             | nein                             |
| Österreich  | ja                               | nein                             |
| Tschechien  | nein                             | nein                             |

## 2. Wie werden Jugendliche in Ihrem Land in Bezug auf das Alter definiert?

- *In den Vergleichsländern differieren die Altersangaben zur Definition der Gruppe Jugendlicher sowohl untereinander als auch gegenüber Deutschland. In den untersuchten Staaten existieren dabei zum einen 'allgemeine' und zum anderen speziell arbeitsschutzrechtliche Definitionen.*
- *Auffällig ist vor allem, dass im für dieses Projekt besonders relevanten Bereich der arbeitsschutzrechtlichen Definition in den beiden Ländern Frankreich und den Niederlanden Personen erst ab einem Alter von 16 Jahren gegenüber 15 Jahren in Deutschland als Jugendliche bezeichnet werden.*

Nach **deutschem** Recht ist ein Jugendlicher allgemein wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist. § 2 JArbSchG definiert das Alter von Jugendlichen folgendermaßen:

(1) Kind im Sinne dieses Gesetzes ist, wer noch nicht 15 Jahre alt ist.

(2) Jugendlicher im Sinne dieses Gesetzes ist, wer 15, aber noch nicht 18 Jahre alt ist.

(3) Auf Jugendliche, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, finden die für Kinder geltenden Vorschriften Anwendung.

In **Finnland** werden einerseits arbeitende Jugendliche gemäß §1 des 'Finnish Young Workers' Act' als Personen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren definiert. Gemäß der Arbeitsgesetzgebung ist es Jugendlichen ab 15 Jahren, die nicht mehr der allgemeinen Schulpflicht unterliegen erlaubt, eine Arbeit aufzunehmen. Andererseits werden Kinder und Schüler/Studenten im Allgemeinen vom 16. bis zum 25. Lebensjahr als Adoleszenten bezeichnet; die für das Bildungssystem festgelegten Altersgrenzen stimmen daher mit denen der Arbeitsgesetzgebung nicht überein.

In **Frankreich** gibt es keine einheitliche Definition für Jugendliche. Im Bereich der Arbeitsschutzgesetzgebung wird die obere Altersgrenze für Jugendliche allerdings mit unter 18 Jahren definiert. Es ist verboten, Personen unter 16 Jahren zu beschäftigen, wobei es Ausnahmeregelungen, insbesondere für Ausbildungsverhältnisse gibt.



In **Italien** gelten Personen von 15 bis unter 18 Jahren, die nicht mehr der allgemeinen Schulpflicht unterliegen als Jugendliche. Allerdings existiert darüber hinaus eine Definition, die das 16. Lebensjahr definiert, wenn es sich um besondere Gefährdungen handelt, wie zum Beispiel besonders gesundheitsschädliche Aufgaben (Minen- und Tunnelarbeit, Tragen und Heben von besonders schweren Gewichten).

In den **Niederlanden** ist die genaue Altersdefinition für Jugendliche für unterschiedliche Bereiche der Gesellschaft auch jeweils unterschiedlich gefasst. Im Allgemeinen wird die Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen als Jugendliche bezeichnet. Jugendliche Beschäftigte sind Personen über 16, aber unter 18 Jahren. Prinzipiell ist die Beschäftigung unter 16-Jähriger verboten.

**Österreich** definiert im Rahmen des 'Bundesgesetzes über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987 (KJBG)' die Altersgruppe der 15- bis unter 18-Jährigen (d. h. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) als Jugendliche (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009). Kinder sind im KJBG wie folgt definiert:

*§ 2 (1) Kinder im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Minderjährige*  
 1. bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder  
 2. bis zur späteren Beendigung der Schulpflicht.

In **Tschechien** gelten Personen im Alter von 10 bis 19 Jahren als Jugendliche. Laut arbeitsrechtlicher Definition werden Personen ab dem Alter von 15 Jahren bis unter 18 Jahren als jugendliche Arbeitnehmer bzw. Auszubildende definiert (Act No 262/2006 Coll., Labour Code).

**Tabelle 6:** Altersdefinition Jugendlicher

|                    | <b>allgemein</b> | <b>arbeitsschutzrechtlich</b> |
|--------------------|------------------|-------------------------------|
| <b>Deutschland</b> | 14-17 Jahre      | 15 bis unter 18 Jahre         |
| <b>Finnland</b>    | 16-25 Jahre      | 15 bis unter 18 Jahre         |
| <b>Frankreich</b>  |                  | 16 bis unter 18 Jahre         |
| <b>Italien</b>     | 15-18 Jahre      | 15/16 bis unter 18 Jahre      |
| <b>Niederlande</b> | 12-18 Jahre      | 16 bis unter 18 Jahre         |
| <b>Österreich</b>  | 14-17 Jahre      | 15 bis unter 18 Jahre         |
| <b>Tschechien</b>  | 10-19 Jahre      | 15 bis unter 18 Jahre         |

### 3 **Worauf basiert diese Altersdefinition** (zum Beispiel europäische Definitionen, landesspezifische Definitionen, ILO Charta, Richtlinie 94/33/EG)?

- *Bezüglich der Rechtsquellen der Altersdefinition differieren die Antworten der Länderexperten stark.*
- *Lediglich in Italien findet sich eine Übereinstimmung zur deutschen Situation, da dort ebenfalls die ILO Konvention 138 'Mindestalter für die Erlaubnis der Beschäftigung' und die Richtlinie 94/33/EG genannt wird.*

- *Die übrigen Experten nennen abweichende oder, aufgrund der Uneinheitlichkeit der Altersdefinition innerhalb des jeweiligen Landes, keine Quellen.*

Die Altersdefinition basiert in **Deutschland** auf nationalem Recht, nämlich dem §7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII. Des Weiteren finden sich diesbezügliche Festlegungen im Jugendschutzgesetz (JuSchG), im Jugendarbeitsschutzgesetz sowie in der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz.

Die ILO Konventionen 138 (1973) und 182 (1999) regeln das Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung, Beschäftigungsverbote und unverzügliche Maßnahmen zur Beseitigung der schlimmsten Formen der Kinderarbeit. Mit der EU-Richtlinie 94/33/EG erfolgte die Verankerung auf europäischer Ebene.

In **Finnland** basiert die Altersdefinition auf dem 'Finnish Young Workers' Act'.

Der **italienische** Partner nennt, entsprechend der deutschen Situation die ILO Konvention 138 ‚Mindestalter für die Erlaubnis der Beschäftigung‘ und die Richtlinie 94/33/EG.

In **Österreich** basiert die Altersdefinition auf dem Bundesgesetz zur Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahre 1987 (KJBG, § 3), in **Tschechien** wurde diese gemäß WHO-Vorbild erstellt.

Die niederländischen Partner machten die Angabe, dass diese Frage aufgrund der sehr uneinheitlichen Altersdefinition nicht eindeutig zu beantworten sei.

In **Frankreich** gibt es mangels allgemein gültiger genauer Festlegungen auf ein bestimmtes Lebensalter auch keine nennbaren eindeutigen Rechtsgrundlagen.

**4.1 Existieren in Ihrem Land spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen? Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und in welcher Art und Weise diese verbindlich sind.**

**4.2 Handelt es sich um evidenzbasierte Gesundheitsziele?**

**4.3 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?**

**4.4 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?**

- *Sowohl in Deutschland als auch in allen befragten Staaten existieren spezifische Gesundheitsziele für Jugendliche.*
- *Im Allgemeinen decken sich die Zielbereiche in allen betrachteten Ländern, lediglich in Tschechien finden sich mit den Themen 'Sterblichkeit und Erkrankung als Konsequenz von Unfällen und Gewalt' und 'ungewollte Schwangerschaften' Aspekte, die weder in Deutschland noch in den anderen Vergleichsstaaten berücksichtigt werden.*
- *Auffällig ist des Weiteren, dass sich gemäß der Angaben der Experten zu diesem Themenbereich lediglich in Deutschland und in Frankreich arbeits- beziehungsweise arbeitsplatzbezogene Gesundheitsziele finden lassen. In Frage 6 sprechen allerdings sowohl Finnland als auch Italien von schul- und ausbil-*

*dingsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung, sodass auch hier von einem Arbeitsbezug ausgegangen werden kann.*

- *Die deutschen Gesundheitsziele sind evidenzbasiert, dies ist auch in Frankreich, Österreich und Tschechien der Fall.*
- *In den beiden übrigen Staaten Finnland und den Niederlanden sind die formulierten Gesundheitsziele nicht evidenzbasiert. Der finnische Partner gibt allerdings an, dass sowohl das Konzept der Pathogenese, auf dem die Gesundheitsziele fußen, als auch die Methoden der Prävention und das Modell der Krankheitsfürsorge auf evidenzbasiertem Wissen aufbauen.*
- *In Deutschland existiert, wie auch in Finnland, den Niederlanden und Tschechien keine Verankerung evidenzbasierter Gesundheitsziele in nationalem Recht. In den übrigen Staaten sind die genannten Ziele in nationalem Recht verankert.*
- *In Deutschland wie auch im Großteil der Vergleichsstaaten sind die Gesundheitsziele nicht auf regionaler Ebene rechtlich verankert, einzige Ausnahme bildet hier Österreich.*

In **Deutschland** existieren spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen. Auf Basis epidemiologischer Daten zur Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die durch die KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland von 2003 bis 2006 bundesweit erhoben und in der vom Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Dezember 2008 herausgegebenen Veröffentlichung 'Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland' zusammengefasst wurden, werden politische Entscheidung in diesem Bereich getroffen.

Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die 'Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit', die die beteiligten Akteure besser vernetzen und zielgerichtete Kooperationen initiieren will. Eine interministerielle Arbeitsgruppe soll zu diesem Zweck organisiert und 'wichtige Ziele der Strategie Kindergesundheit ... bis zum Jahr 2012 erreicht' werden. Beteiligt sind das RKI, die BZgA, der Gemeinsame Bundesausschuss, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU).

Spezifische Gesundheitsziele für Jugendliche sind in *gesundheitsziele.de* definiert: Das Ziel 'Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung' wurde erarbeitet. Dabei handelt es sich um ein settingorientiertes, präventionsbezogenes Gesundheitsziel, das verschiedene Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit integriert und sich derzeit in Überarbeitung befindet. Hintergrund für die Aktualisierung sind eine veränderte Datenlage, veränderte Rahmenbedingungen in der schulischen Landschaft sowie eine Vielzahl von Interventionen auf Bundes-, Landes- und kom-

munaler Ebene. Die definierten Ziele, Teilziele und Maßnahmen sind rechtlich nicht verbindlich, die Umsetzung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Zudem wurden im Rahmen der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung im Jahr 2008 Präventionsziele zur Reduzierung der Raucherquote auf unter 12% im Alter von 12 bis 17 Jahren bis zum Jahr 2015 (Ziel 14 c, d) sowie zur Verringerung des Anteils von Menschen mit Adipositas (Ziel 14 e) festgelegt.

Immer wieder gibt es Kampagnen auf nationaler, Länder- oder Regionalebene, die sich teilweise auch gezielt an die Gruppe der Jugendlichen richten.

Die formulierten Gesundheitsziele betreffen die unterschiedlichen Stufen der Prävention, also Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Beispiele sind Disease-Management-Programme, Programme zur Suchtprävention und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Präventionsprogramme der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind primärpräventiver Natur (Hautschutz, 'Risiko raus': Kampagne zur Arbeits- und Verkehrssicherheit beim innerbetrieblichen Transport und Verkehr, auf Arbeits-/Dienst- und Schulwegen sowie auf Wegen von und zur Arbeits-/Dienststätte; Umsetzung geplant 2010/2011).

Bei den beschriebenen Gesundheitszielen handelt es sich um evidenzbasierte Ziele; es existiert jedoch keine Verankerung evidenzbasierter Gesundheitsziele in nationalem Recht. Die Ziele sind im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, damit auf diese eindeutig Bezug genommen werden kann. Die Ziele im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie wurden von der Bundesregierung im 'Fortschrittsbericht 2008 – Für ein nachhaltiges Deutschland' veröffentlicht.

Auch auf regionaler Ebene existiert keine rechtliche Verankerung evidenzbasierter Gesundheitsziele. Es gibt auf Landesebene Prozesse zur Etablierung und Evaluation von Gesundheitszielen, die sich an den nationalen Zielen orientieren. Bei den regionalen Regelungen handelt es sich zum Teil um identische Ziele, zum Teil wurden zusätzliche Ziele hinzugefügt. Zusätzliche, auf regionaler Ebene geschaffene Gesundheitsziele sind in der Regel nicht speziell auf Jugendliche ausgerichtet. So hat das Land Sachsen beispielsweise das Ziel 'Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen' hinzugefügt und andere, wie zum Beispiel 'Verringerung des Tabakkonsums in öffentlichen Einrichtungen', konkretisiert. Das Gesundheitsziel 'Gesund aufwachsen' wurde im Wesentlichen übernommen.

In **Finnland** gibt es ebenfalls Gesundheits- und Präventionsziele speziell für die Gruppe der Jugendlichen, so beispielsweise die Reduktion des Anteils jugendlicher Raucher auf unter 15% oder die Reduktion von Alkohol- und Drogenmissbrauch. Die Ziele werden von staatlicher Seite durch Beamte oder Politiker erarbeitet. Zwar sind diese Gesundheitsziele nicht evidenzbasiert, das Konzept der Pathogenese, die Methoden der Prävention und das Modell der Krankheitsfürsorge bauen jedoch auf evidenzbasiertem Wissen auf. Die Gesundheitsziele für Jugendliche sind weder in nationalem Recht noch auf regionaler Ebene verankert.

Auch in **Frankreich** existieren besondere, für die Gruppe der Heranwachsenden definierte Gesundheits- und Präventionsziele wie zum Beispiel zur Reduktion des Tabakkonsums in Schulen sowie zur Reduktion von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Das Erziehungsministerium bestimmt für Schulärzte jedes Jahr vorrangige Gesundheitsziele, z. B. primärpräventive Programme auf dem Gebiet der Sexualität, der Ernährung, der Entwicklung von Abhängigkeiten und ähnliches.

Bei den aufgestellten Gesundheitszielen handelt es sich um evidenzbasierte Gesundheitsziele auf der Grundlage zahlreicher Studien und erhobener Daten. Die ge-

setzliche Verankerung der Gesundheitsziele und Präventionsstrategien wird auf nationaler Ebene alle fünf Jahre mit der Überarbeitung der Gesundheits- und Präventionsziele revidiert.

In **Italien** sind spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen in einem gesonderten Kapitel des nationalen Gesundheitsplans 2006 bis 2008 festgeschrieben. Interventionen zielen auf das Rauchverhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, das Ernährungsverhalten und auf Übergewicht bei Jugendlichen. Es handelt sich in Italien um evidenzbasierte Gesundheitsziele, die auf nationalen Statistiken des staatlichen italienischen Statistikamtes Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)<sup>5</sup> und regionalen Gesundheitsdatenbanken beruhen. Die Gesundheitsziele sind ausschließlich in nationalem Recht verankert, eine rechtliche Verankerung auf regionaler Ebene erfolgt nicht.

In den **Niederlanden** existieren spezifische Gesundheitsziele für Jugendliche, die über eine gezielte Einflussnahme auf die Lebensführung umgesetzt werden sollen. Es handelt sich um nicht evidenzbasierte Gesundheitsziele, die weder in nationalem Recht noch auf regionaler Ebene rechtlich verankert sind.

Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen existieren in **Österreich** insofern, als verschiedene Bundesländer im Rahmen einzelner Gesundheitsziele, wie beispielsweise der Zahngesundheit, der Gestaltung von Bereichen des Lebensumfeldes, Impfungen et cetera speziell Kinder und Jugendliche als Zielgruppe definieren. Die entsprechenden Gesundheitsziele sind evidenzbasiert und sowohl in nationalem Recht als auch auf regionaler Ebene rechtlich verankert.

In **Tschechien** existieren für die Zielgruppe der Jugendlichen spezifische Gesundheits- und Präventionsziele, die beispielsweise die Prävention von Drogenmissbrauch, die Reduktion der Sterblichkeit und von Erkrankungen als Folge von Unfällen und Gewalt um 50% sowie die Reduktion der Anzahl ungewollter Schwangerschaften bei Jugendlichen betreffen.

Es handelt sich hierbei um evidenzbasierte Gesundheitsziele. Das Screeningprogramm für Jugendliche beschreibt der tschechische Partner in diesem Zusammenhang allerdings als nicht umfassend.

**Tabelle 7:** Gesundheitsziele involvierter EU-Länder

|             | Gesundheitsziele in den Bereichen:   |
|-------------|--|
| Deutschland | Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Rauchen, Adipositas, Suchtverhalten, Arbeits- und Verkehrssicherheit |
| Finnland    | Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch   |
| Frankreich  | Rauchen, Adipositas, Sexualität, Suchtverhalten, Arbeitsschutz   |
| Italien     | Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Ernährungsverhalten/Adipositas                                       |
| Niederlande |  |
| Österreich  | Zahngesundheit, Gestaltung von Bereichen des Lebens-   |

<sup>5</sup> www.istat.it

|            |   |
|------------|---|
|            | umfeldes, Impfungen usw.  |
| Tschechien | Drogenmissbrauch, Sterblichkeit und Erkrankung als Konsequenz von Unfällen und Gewalt, ungewollte Schwangerschaften |

### 5.1 Welche Institutionen beteiligen sich an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche?

### 5.2 Welche Aufgaben nehmen diese Institutionen wahr?

### 5.3 Wie ist die Zusammenarbeit organisiert?

- *In Deutschland und den Vergleichsländern werden unterschiedliche Beteiligte an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche genannt.*
- *Auffällig ist, dass, ausgenommen Frankreich, in keinem der Vergleichsländer eine so hohe Zahl an Institutionen und Verbänden in den Prozess einbezogen wird, wie das in Deutschland der Fall ist.*
- *In allen Ländern mit Ausnahme von den Niederlanden und Österreich sind Ministerien aus dem sozialen Bereich beteiligt.*
- *Hervorzuheben ist, dass lediglich in Finnland mit dem dortigen Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz eine Institution beteiligt ist, die ein spezifisches Augenmerk auf das Setting Arbeitsplatz legt.*
- *Bezüglich der Zusammenarbeit gibt es zwei unterschiedliche Vorgehensweisen. In Deutschland wie auch in Tschechien wird offenbar ein gemeinschaftliches Vorgehen durch Beratungen im Rahmen von Arbeitsgruppen und Gremien favorisiert, während die übrigen Länder nach dem 'top-down-Prinzip' vorgehen, bei dem das zuständige Ministerium oder eine entsprechende Institution eine Zielrichtung vorgibt, die dann durch nachgeordnete beziehungsweise unterstellte Institutionen umgesetzt wird.*

In **Deutschland** sind an der Entwicklung beziehungsweise Überarbeitung des Ziels 'Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung' Vertreter zahlreicher Institutionen und Verbände beteiligt. Dazu gehören unter anderem die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., das BMG, das BMFSFJ, das BMELV sowie mehrere Landesministerien, staatliche Institutionen wie z. B. die BZgA und das RKI, des Weiteren Universitäten, Gesundheitsämter, die Bundesärztekammer, Bundesverbände der Krankenkassen, der Bundesverband der Unfallkassen e. V. und der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Die Umsetzung von Maßnahmen erfolgt auf freiwilliger Basis durch geeignete Institutionen, wie beispielsweise die Krankenkassen.

Unter Betonung eines konsensuellen Ansatzes bei der Erarbeitung und Konkretisierung der Gesundheitsziele sind die genannten Institutionen von Beginn an in die Ausarbeitung involviert. Insofern umfassen die Aufgaben, die die Institutionen im Rahmen von gesundheitsziele.de wahrnehmen, das gesamte Spektrum von der Einigung auf das Ziel als solches über die Festlegung von Teilzielen und zu ergreifenden Maßnahmen bis hin zur Evaluation.

Die Zusammenarbeit erfolgt in einer für das konkrete Gesundheitsziel spezifischen Arbeitsgruppe. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit, beispielsweise bezüglich Empfehlungen an die Politik, mit verschiedenen Institutionen und Verbänden auch im (allgemeinen) Ausschuss realisiert, der neben dem 'Steuerungskreis' das zentrale Beschlussgremium von gesundheitsziele.de darstellt.

In **Finnland** sind an der Umsetzung und Entwicklung von Gesundheitszielen für Jugendliche das 'Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit', das 'Nationale Institut für Gesundheit und Gemeinwesen' sowie das 'Finnische Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz' beteiligt. Das 'Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit' hat die gesetzgebende Verantwortung. Die genannten Institute sind dem Ministerium nachgeordnet und verantwortlich für Forschung und Entwicklung. Die Institute sind unter der Leitung des Ministeriums tätig.

In **Frankreich** ist, mit Ausnahme des Erziehungsministeriums für einige spezielle Belange, keine Institution ausdrücklich an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen speziell für Heranwachsende beteiligt. Auf nationaler Ebene sind hauptsächlich folgende Institutionen an der Erarbeitung und Umsetzung von allgemeinen Gesundheitszielen beteiligt: Das Nationale Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), das Gesundheitsministerium, der Hohe Rat für Öffentliche Gesundheit (Haut Conseil de santé publique) und die Nationale Gesundheitskonferenz (Conférence nationale de santé). Auf regionaler Ebene sind die Regionalleitung des Gesundheitsministeriums, die regionale Arbeitsgemeinschaft Öffentliche Gesundheit, die regionale Gesundheitskonferenz sowie der regionale oder örtliche Rat verantwortlich.

Die Verantwortlichkeiten der Institutionen auf nationaler Ebene sind wie folgt geregelt: Die Durchführung, das heißt in erster Linie die Entwicklung und Verbreitung der Public-Health-Programme auf Nationalebene obliegt dem Nationalen Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), auf Regionalebene wird von diesem die Umsetzung der Programme unterstützt. Die Nationale Gesundheitskonferenz (Conférence nationale de santé) agiert lediglich auf Regionalebene und hat ausschließlich beratende Funktion. Ihre Aufgabe ist die Abstimmung nationaler Gesundheits- und Präventionsprogramme auf regionale Besonderheiten.

In **Italien** sind das Ministerium für Gesundheit und das Nationale Gesundheitssystem an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche beteiligt. Das Ministerium für Gesundheit legt den Mindeststandard der Betreuung fest und beeinflusst beziehungsweise fördert die Gesundheitspolitik und den Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung. Ferner legt das Ministerium Ziele fest, die auf nationaler und regionaler Ebene erreicht werden sollen. Das nationale Gesundheitssystem (zum Schutz der physischen und psychischen Gesundheit als Grundrecht) ist verantwortlich für die Arbeitssicherheit, ist verantwortlich für den Schutz von ungeborenem Leben und von Kindern, fördert die Gesundheit im Jugendalter und betreibt Gesundheitsschutz im Rahmen von sportlichen Aktivitäten und im höheren Alter. Das Ministerium für Gesundheit gibt durch den nationalen Gesundheitsplan und seine Richtlinien Weisungen bezüglich Gesundheitszielen, die im Zeitrahmen von drei Jahren erreicht werden sollen. Das nationale Gesundheitssystem setzt diese Vorgaben durch nationale, regionale und lokale Dienste um.

In den **Niederlanden** arbeiten an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche nicht-staatliche Agenturen zur Gesundheitsförderung, der öffentliche Gesundheitsdienst, Schulen und die Kommunen mit. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure wird durch die Politik gefördert. Es gibt Handlungsentwürfe auf nationaler wie auf regionaler Ebene. Eine Umsetzung von Gesundheits- und Präventionszielen für Kinder und Jugendliche erfolgt außerdem über Gesundheitspläne im Schulwesen.

In **Österreich** arbeiten die Sozialversicherung und die Schulaufsichtsbehörde bei der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche zusammen.

In **Tschechien** beteiligen sich das Gesundheitsministerium, das Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten und das Ministerium für Bildung, Jugendliche und Sport an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche. Die Aufgaben sind behördlicher Art, die Zusammenarbeit wird von Regierungsebene aus geleitet. Es erfolgt eine Beratung in Gruppen, die sich aus Experten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin und aus entsprechend ausgewählten Ministerien zusammensetzen. Im Falle des Gesundheitsministeriums handelt es sich um das Komitee für Kinder- und Jugendbetreuung. Das Ministerium reicht auf Anfrage Empfehlungen als Grundlage für die Gesetzgebung ein und bringt sich in dieser Form aktiv in die Gestaltung neuer Gesetze ein. Auf Ebene der Ministerien arbeitet auch das Komitee für Sicherheit und Gesundheit im Beruf. In diesem agieren zwei Experten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin, die Mitglieder der Tschechischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind. Die Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin steht in Verbindung mit dem Komitee zur Kontrolle des Drogenmissbrauchs.

## **6. Sind diese Gesundheitsziele Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung?**

### **6.1 Fließen diese Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein?**

- *In Deutschland wie auch in allen befragten Vergleichsländern mit Ausnahme von den Niederlanden sind die genannten Gesundheitsziele Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung.*
- *In Deutschland existieren spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit bezüglich berufsbedingt auftretender Gefährdungen beziehungsweise Erkrankungen, weiterhin ist dies in Finnland und Italien der Fall.*
- *Die übrigen Länderexperten geben an, dass in ihrem Land Gesundheitsziele nicht in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit einfließen.*
- *Anzumerken ist, dass von den drei Ländern, in denen Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit einfließen, lediglich bei Finnland davon auszugehen ist, dass allgemeine Gesundheitsziele im Rahmen von Programmen für*



*den Arbeitsplatz Berücksichtigung finden, während sich diese in Deutschland und Italien strikt auf Bereiche mit Arbeitsbezug beschränken.*

In **Deutschland** ist das relevante Gesundheitsziel 'Gesund aufwachsen' settingorientiert. Zu den drei Settings gehören 'Familie und Freizeit', 'Kindertagesstätte' und 'Schule'. Bezüglich des Schul-Settings finden sich zahlreiche Verzahnungen zu allgemeinen Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepten. Das Gesundheitsziel richtet sich jedoch eher weniger an Jugendliche in Beschäftigung/der Berufsausbildung. Diesbezüglich greifen gegebenenfalls die Maßnahmen des Settings 'Familie und Freizeit', die als schul- und ausbildungsübergreifend zu verstehen sind und Aspekte wie beispielsweise die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens, die Reduzierung von Bewegungsmangel und die Bereitstellung bewegungsfördernder und stressreduzierender Angebote umfassen.

Das Ziel zur Reduzierung der Raucherquote unter Jugendlichen ist Grundlage der Präventionskonzepte der BZgA. Sie finden ebenso im Arbeitsprogramm des Nationalen Drogen- und Suchtrates der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Berücksichtigung.

Spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit gibt es bezogen auf berufsbedingt auftretende Gefährdungen beziehungsweise Erkrankungen. Diese finden sich häufig auf Länderebene und betreffen die besonders gefährdeten Organsysteme zum Beispiel Haut und Atemwege.

In **Finnland** sind die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung. Die einzelnen Ziele werden anhand von Programmen im Schul- und Ausbildungsbereich thematisiert. Die Gesundheitsziele fließen in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme bei der Arbeit ein. Aufgeführt werden an dieser Stelle die nationalen Gesundheitsprogramme 'Gesundheitsförderung 2007 bis 2011' und der 'Nationale Aktionsplan zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten 2008 bis 2011'.

In **Frankreich** sind die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte teilweise schul- und ausbildungsübergreifend, teilweise auch davon unabhängig. Berufs-, arbeits- oder ausbildungsspezifische Inhalte sind in Frankreich nicht ausdrücklicher Bestandteil der oben beschriebenen Gesundheits- und Präventionskonzepte. Die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte sind teilweise so formuliert, dass sie sich gezielt an Kinder und Jugendliche richten. Für Schulärzte bestimmt das Erziehungsministerium jedes Jahr vorrangige Gesundheitsziele, wie beispielsweise primärpräventive Programme auf dem Gebiet der Sexualität, der Ernährung, der Entwicklung von Abhängigkeiten und so weiter.

In **Italien** sind die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Die Regierung, das Ministerium für Gesundheit, das nationale Gesundheitssystem, 'Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro' (ISPESL), das nationale Institut für Arbeitssicherheit und Prävention und lokale Gesundheitseinheiten organisieren Kurse zu speziellen Themen der Gesundheitsförderung für Schüler an Grundschulen und weiterführenden Schulen. Dieselben Einrichtungen veröffentlichen Broschüren und Hefte, die in den Schulen verteilt werden. Themen der Gesundheitser-

ziehung und von entsprechenden Kampagnen waren in den letzten Jahren ‚gesunde Lebensführung‘ und ‚Sicherheit in der Arbeit und im täglichen Lebensumfeld‘. Beispiele sind hier ‚Guadagnare salute‘, ein vom Gesundheitsministerium in Kooperation mit den Ministerien für Jugendliche, Umwelt, Bildung, Landwirtschaft, Ernährung und Forstwirtschaft organisiertes Programm und eine Drei-Tages-Kampagne zur Förderung einer gesunden Ernährung, der Bekämpfung von Zigarettenkonsum und Alkoholmissbrauch sowie der Förderung von sportlicher Aktivität.

Die Gesundheitsziele fließen in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein. Beispielhaft genannt wird hier die europäische Woche für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz ‚Safe Start‘, durch die Jugendliche für die Prävention von Risiken sensibilisiert und die Anzahl arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen reduziert werden sollen.

In **Österreich** sind die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung. In spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit fließen diese allerdings nicht ein.

In den **Niederlanden** sind entsprechende Ziele und Konzepte nicht Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung und fließen auch nicht in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein.

In **Tschechien** sind die Gesundheitsziele und Präventionskonzepte Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Präventionsstrategie gegen sozial-pathologische Erscheinungen bei jungen Menschen zielt auf alle Kinder in Schulen. In Grundschulen werden in speziellen Schulstunden zur Gesundheitserziehung gesundheitspräventive Ziele verfolgt. Die Gesundheitsziele fließen nicht in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein.

**7.1 Gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen?**

**7.2 Wenn ja, um welche weiterführenden gesetzlichen Regelungen/Richtlinien handelt es sich dabei?**

**7.3 Was sind die einzelnen Zielstellungen, die mit diesen gesetzlichen Regelungen/Richtlinien verbunden sind?**

**7.4 Wie lässt sich die theoretische Grundlage charakterisieren? Basiert diese Grundlage auf einem salutogenetischen oder pathogenetischen Ansatz?**

- *In Deutschland, Finnland, den Niederlanden und Österreich gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen.*
- *In Frankreich und Tschechien konnten keine entsprechenden Regelungen speziell für Jugendliche recherchiert werden.*

- *Wenn von den Länderexperten weitere Rechtsquellen angegeben werden, sind diese inhaltlich mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz vergleichbar.*
- *In Deutschland wie auch in den antwortenden Vergleichsländern lässt sich die Zielstellung damit zusammenfassen, dass von einer gesteigerten Schutzbedürftigkeit Jugendlicher bei der Arbeit ausgegangen wird, der mit den genannten gesetzlichen Regelungen Rechnung getragen wird.*
- *In Deutschland basiert die theoretische Grundlage der relevanten Gesetze sowohl auf einem salutogenetischen als auch auf einem pathogenetischen Ansatz. Dies ist ebenfalls in Finnland, Tschechien und den Niederlanden der Fall. In Österreich und Italien wird ein salutogenetischer Ansatz verfolgt.*

Grundlage des Jugendarbeitsschutzes in **Deutschland** sind das Jugendarbeitsschutzgesetz und die Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz. Die Vorgaben der Richtlinie 94/33/EG sind in nationales Recht umgesetzt. Im Hinblick auf die ärztlichen Untersuchungen geht Deutschland mit seinen Regelungen zur Erstuntersuchung und zu den Nachuntersuchungen über die Vorgaben der Richtlinie 94/33/EG hinaus.

Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes und der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ist es, der bis zum Erreichen der Volljährigkeit besonderen Schutzbedürftigkeit Jugendlicher Rechnung zu tragen.

Das Jugendarbeitsschutzgesetz und die Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz basieren sowohl auf einem salutogenetischen als auch auf einem pathogenetischen Ansatz. Das Gesundheitsziel 'Gesund aufwachsen' beruht vor allem auf dem salutogenetischen Ansatz.

In **Finnland** gibt es rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen.

In erster Linie ist dies der 'Young Workers' Act' (998/1993 § 11). Dieser sieht eine medizinische Untersuchung von Jugendlichen vor Eintritt oder innerhalb eines Monats nach Eintritt in das Arbeitsleben vor. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Untersuchungskosten zu übernehmen. Die ärztliche Untersuchung soll die Passfähigkeit eines Jugendlichen in Bezug auf die Arbeitstätigkeit vor dem Hintergrund seines Gesundheitszustands und seiner Entwicklung prüfen. Die Untersuchung ist nicht nötig, wenn die Arbeitstätigkeit einer 'leichten' Verkaufs- oder Büroarbeit oder ähnlichem entspricht oder nicht länger als drei Monate andauert. Ebenfalls kann der Beschäftigte ein medizinisches Gutachten erstellen lassen, das bezeugt, dass er innerhalb der letzten 12 Monate gesund war und im Stande ist, die Arbeitstätigkeit auszuführen. Bei Tätigkeiten, die spezielle gesundheitliche Gefahren aufweisen, sind weiterführende ärztliche Untersuchungen im 'Occupational Health Care Act' (1383, 2001) geregelt. Dieses Gesetz enthält Bestimmungen über die Pflichten des Arbeitgebers zur betrieblichen Gesundheitsfürsorge. Es regelt die Zusammenarbeit von Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Rahmen der Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen, der Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter in den verschiedenen Stadien ihrer beruflichen Laufbahn und der Organisation der Gemeinschaft am Arbeitsplatz. Weiterführende Regelungen sind im 'Decree on duties of special harm to young workers' (475/2006) und im 'Decree on medical Check-Ups concerning duties haz-

ardous to health' (1485/2001) festgeschrieben. In der letztgenannten Anordnung werden die Gesundheit beeinträchtigenden Arbeitsbedingungen thematisiert, die infolge physikalischer, chemischer oder biologischer Faktoren Krankheiten verursachen können. Ausführungen zur Nacharbeit sind ebenfalls enthalten. Ärztliche Check-Ups werden definiert als klinische Untersuchungen, die von einem zugelassenen Arzt durchgeführt werden. Die erste ärztliche Untersuchung sollte vor Beginn einer gesundheitsgefährdenden Beschäftigung durchgeführt werden, spätestens jedoch innerhalb eines Monats nach Beschäftigungsbeginn erfolgt sein. Weitere ärztliche Untersuchungen sollten alle ein bis drei Jahre stattfinden, bei entsprechender Notwendigkeit ist die Untersuchung bereits früher durchzuführen. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses sollte der Arbeitnehmer in Abhängigkeit der Gesundheitsgefährdung der ausgeübten Tätigkeit abschließend gesundheitlich begutachtet werden (§ 4). Die Untersuchungen dienen der Erkennung von Gefahren am Arbeitsplatz, der Gesunderhaltung der Mitarbeiter und als primärpräventive Maßnahme der Schaffung von Wissen zur Verhinderung von Gesundheitsgefahren. Die Untersuchungen finden sowohl zur Beurteilung der Eignung eines Arbeitnehmers für die Tätigkeit als auch zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit eines jugendlichen Arbeitnehmers statt. Im Falle einer Erkrankung werden weitere Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt. Folgeuntersuchungen, so genannte Check-Ups, sind eine weitere Möglichkeit, die Auswirkungen der Arbeitsschutzmaßnahmen zu überwachen, um die Sicherheit am Arbeitsplatz zu verbessern (§ 5).

Für sämtliche Arbeitnehmer, unabhängig vom Lebensalter und damit nicht ausschließlich und spezifisch für die Gruppe der Jugendlichen, finden auch die Inhalte des 'Dekret über bewährte Verfahren der betrieblichen Gesundheitsvorsorge, die Inhalte der betrieblichen Gesundheitsvorsorge und die Qualifizierung von Fachleuten und Experten' Anwendung. Diese Verordnung definiert die Bedingungen, unter denen ein Arbeitnehmer medizinisch untersucht wird. Das Alter eines Mitarbeiters ist dabei ein Aspekt, der gesondert berücksichtigt werden soll (§ 10). Entsprechendes gilt für den 'Occupational Safety and Health Act' (738/2002). Die Ziele dieses Gesetzes sind die Verbesserung der Arbeitsumwelt und der Arbeitsbedingungen, die Sicherung und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten sowie die Vermeidung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und anderer Gefahren, die aus der Arbeit und der Arbeitsumgebung resultieren und die körperliche und geistige Gesundheit der Beschäftigten schädigen. Der 'Primary Health Care Act' (66/1972) erfüllt ebenfalls unabhängig vom Lebensalter und damit nicht ausschließlich und spezifisch für die Gruppe der Jugendlichen die Umsetzung primärpräventiver Inhalte.

Der 'Occupational Health Care Act' und der 'Occupational Safety and Health Act' basieren in erster Linie auf pathogenetischen, aber auch auf salutogenetischen Konzepten. Der 'Primary Health Care Act' hat eine pathogenetische Ausrichtung, salutogenetische Konzepte werden hintergründig berücksichtigt. Die epidemiologische Forschung und Gesundheitsökonomie werden von der Gesetzgebung beeinflusst.

In **Italien** existieren spezifische nationale rechtliche Grundlagen über die Richtlinie 94/33/EG hinaus, diese sind allerdings altersunabhängig. Sie betreffen die Gleichheit des Schutzes von männlichen und weiblichen Beschäftigten und die Einhaltung von Mindeststandards in Bezug auf zivile und soziale Rechte, Geschlechterunterschiede, Alter und ausländische Arbeiter. Die Zielstellungen fußen auf dem Grundsatz der Salutogenese.

In den **Niederlanden** gibt es rechtliche Grundlagen, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen. In erster Linie ist hier der ‚Working Time Act‘ (Arbeidstijdenwet), aber auch der ‚Working Conditions Degree‘ (Arbeidsomstandighedenbesluit) zu nennen. Die theoretischen Grundlagen folgen sowohl salutogenetischen als auch pathogenetischen Ansätzen.

Die **österreichischen** Partner geben an, dass in ihrem Land spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher existieren, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen, diese werden aber nicht weiter erläutert.

Allgemein ist die rechtliche Grundlage für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher in Österreich das ‚Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen von 1987, Kinder- und Jugendlichenbeschäftigungsgesetz (KJBG)‘. Darüber hinaus berühren andere Arbeitsverhältnisse regelnde nationale Gesetze den gesundheitlichen Schutz Jugendlicher. Vom Gesamtkonzept her ist der theoretische Ansatz salutogenetisch. Regelungen, die die Verhütung bestimmter berufsbedingter Erkrankungen zum Ziel haben, haben das Konzept der Pathogenese als theoretische Grundlage.

In **Tschechien** gibt es keine spezifischen nationalen rechtlichen Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen. Das neue Gesetz zu speziellen Gesundheitsdiensten ist in Vorbereitung, den Schutz Jugendlicher bei der Arbeit betreffend gibt es dafür bereits Vorschläge für Richtlinien. Das neue Gesetz basiert auf beiden Konzepten, dem der Pathogenese und dem der Salutogenese.

In **Frankreich** existieren keine spezifischen nationalen rechtlichen Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die EG Richtlinie 94/33/EG hinausgehen.

### ***Allgemeine gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land***

- 8.1 Bitte beschreiben Sie die gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land. (Daten/Fakten)**
- 8.2 Welches sind die vorherrschenden gesundheitlichen Probleme in dieser Altersgruppe?**
- 8.3 Wie wird die gesundheitliche Situation/der gesundheitliche Status von Jugendlichen in Ihrem Land erhoben?**
- 8.4 Welche Akteure/Institutionen sind in diesen Prozess involviert?**
- 8.5 Gibt es hierfür spezialisierte Ärzte, die diese Situation erfassen?**

- *Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die gesundheitliche Situation Jugendlicher in allen betrachteten Ländern sehr ähnelt. In der Hauptsache sind solche Probleme beziehungsweise Erkrankungen vorherrschend, die keinen beziehungsweise keinen direkten Bezug zur Arbeitswelt aufweisen.*
- *Länderübergreifend dominieren Krankheiten beziehungsweise gesundheitliche Probleme, die mit einer ungesunden Lebensweise in Verbindung stehen oder aus einer solchen resultieren können, wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Alkohol- und Drogenmissbrauch, aber auch psychische oder*

*psychosomatische Erkrankungen. Auch ist eine hohe Prävalenz allergischer Erkrankungen festzustellen, die unter Umständen in Zusammenhang zur Arbeitswelt stehen können.*

- *In Deutschland wird die gesundheitliche Situation/der gesundheitliche Status von Jugendlichen durch das RKI über die so genannte KiGGS-Studie erhoben. Auch in Finnland, Italien und Tschechien findet eine kontinuierliche Erhebung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen statt, in Italien ist dies ebenfalls im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen der Fall. Nicht kontinuierlich erhoben wird in Frankreich. Finden Erhebungen statt, basieren diese auf Untersuchungen durch Schulärzte und medizinisches Fachpersonal.*
- *In Deutschland gibt es spezialisierte Ärzte, die die gesundheitliche Situation von Jugendlichen im Rahmen der KIGGS-Untersuchungssurveys erfassen. Auch in Frankreich, Italien und Tschechien sind zumindest Jugend- oder Kinderärzte mit der Erhebung der Gesundheitsdaten beauftragt. In Finnland und in den Niederlanden ist das nicht der Fall.*

In **Deutschland** hat das RKI im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys circa 18.000 Kinder und Jugendliche auf ihren Gesundheitszustand und ihren Lebensstil hin untersucht. Detaillierte Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation und zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren und zu deren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens enthält die Publikation des RKI 'Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland' (RKI, 2008). Zusammenfassende Daten zur Gesundheit von Jugendlichen – unter anderem auf Basis der KiGGS-Ergebnisse – enthält auch der 13. Kinder- und Jugendbericht 'Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe'.

Zentrale, die gesundheitliche Situation Jugendlicher darstellende Ergebnisse sind: 91% der Eltern bezeichnen den Gesundheitszustand ihres 11- bis 17-jährigen Kindes als gut bis sehr gut, wobei es hier allerdings Unterschiede in den Sozialstatusgruppen gibt. Eltern mit niedrigem Sozialstatus schätzen die Gesundheit des Jugendlichen zu 89%, Eltern mit hohem Sozialstatus zu 94% als gut oder sehr gut ein.

Jugendliche erkranken, wie Heranwachsende in anderen Altersphasen, am häufigsten an Erkältungen und grippalen Infekten (86% der Jugendlichen in den letzten 12 Monaten). An Angina waren circa 19% der Jugendlichen, an akuter Bronchitis 14% innerhalb von 12 Monaten erkrankt. Bronchitis tritt damit seltener auf als bei jüngeren Altersgruppen. Die Magen-Darm-Infekte sind im Altersverlauf stark rückläufig, stellen aber mit einer Prävalenz von 38% im Jugendalter einen der häufigsten akuten Erkrankungsgründe dar.

Unter den chronischen Krankheiten stellen allergische Erkrankungen das häufigste Gesundheitsproblem dar (Heuschnupfen: 18% Lebenszeitprävalenz, allergisches Kontaktekzem 14%, Neurodermitis 13%, Asthma 7%). Die Lebenszeitprävalenzen der anderen chronischen Krankheiten sind bei Jugendlichen relativ gering. Am häufigsten sind die obstruktive Bronchitis und die Skoliose (bei circa 11% der 14- bis 17-Jährigen), gefolgt von Migräne (5%).

In der Pubertätsphase ist die höchste Verbreitung von Übergewicht zu beobachten. Von den 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen sind fast 20% übergewichtig oder adipös. Bei den 14- bis 17-Jährigen sinkt der Anteil wieder leicht auf 17%. Insgesamt kommt es im Laufe der Kindheit und Jugendphase annähernd zu einer Verdoppelung

des Anteils an Übergewichtigen. Der Anteil der Adipösen steigt von 3% bei den 3- bis 6-Jährigen auf 8% im Jugendalter. Mit steigendem Alter sinkt gleichzeitig der Anteil an Jugendlichen, die die Empfehlungen für den Verzehr von Obst, Gemüse und Milch erreichen. Nur 23% der Jugendlichen verzehren Obst und nur 9% Gemüse gemäß den Experten-Empfehlungen.

Nach Einschätzung der Eltern sind die 14- bis 17-jährigen Jungen im Vergleich zu den 11- bis 13-Jährigen deutlich seltener als psychisch auffällig oder verhaltensauffällig einzuschätzen (7% zu 11%). Mädchen werden in beiden Altersgruppen zu circa 5% als auffällig eingeschätzt. Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen. Der Anteil der Heranwachsenden mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) sinkt von 7,1% bei den 11- bis 13-Jährigen auf 5,6% bei den 14- bis 17-Jährigen. Jungen sind deutlich häufiger von ADHS betroffen als Mädchen. Mit 22% zeigen mehr als ein Fünftel der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen Symptome einer Essstörung (Mädchen 29%, Jungen 15%). Im Altersverlauf zeigt sich für Jungen ein signifikant abnehmender, für Mädchen ein signifikant zunehmender Trend für den Verdacht auf Essstörungen. Das Auftreten von Essstörungssymptomen ist deutlich assoziiert mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie mit einem Migrationshintergrund.

Eine unfallbedingte Verletzung haben 18% der 11- bis 17-jährigen Heranwachsenden in den letzten 12 Monaten erfahren; die Unfallrate der 15- bis 17-Jährigen ist besonders hoch (20% der Jungen, 14% der Mädchen).

Gemäß den KiGGS-Ergebnissen rauchen 20% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Die Häufigkeiten nehmen ab einem Alter von 13 Jahren deutlich zu. Der Anteil der rauchenden 17-Jährigen liegt bei 42-43%. Etwa 41% der 14- bis 17-Jährigen rauchen täglich.

Neben akuten Erkrankungen wie insbesondere Erkältungen, grippalen Infekten und Magen-Darm-Erkrankungen sind im Jugendalter allergische Erkrankungen und psychische sowie psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen und Nervosität von Bedeutung. Gesundheitsriskante Verhaltensweisen gelten als typisch für das Jugendalter. So beginnen in dieser Altersphase viele Heranwachsende mit dem Rauchen, konsumieren Alkohol oder experimentieren mit illegalen Drogen. Darüber hinaus zählen zu den für das Jugendalter typischen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen unter anderem auch Unfall gefährdendes Verhalten im Straßenverkehr, ungeschütztes Sexualverhalten, extensives Diätverhalten sowie Gewalthandlungen. Auch die Mortalitätsrisiken sind durch die spezifischen Bedingungen der jugendlichen Lebensphase geprägt. Während im frühen Jugendalter die Mortalitätsrate so niedrig ist wie in keinem anderen Lebensabschnitt, steigt sie ab dem Alter von 15 Jahren bis zum 25. Lebensjahr deutlich an. An erster Stelle der Mortalitätsstatistik stehen im Alter von 15 bis 20 Jahren Unfälle im Straßenverkehr.

Die KiGGS-Studie aus den Jahren 2003 bis 2006 war die erste bundesweit repräsentative Querschnittserhebung zur Kinder- und Jugendgesundheit. Das RKI hat Ende Juni 2009 mit den Datenerhebungen für die Fortsetzung der KiGGS-Studie unter dem Titel 'KiGGS Welle I' begonnen. Der zusätzlich geplante Längsschnitt-Beobachtungszeitraum erstreckt sich vorerst auf etwa 15 Jahre. Die Datenerhebungen sollen in mehreren Wellen abwechselnd über Befragungen und über kombinierte Untersuchungen und Befragungen erfolgen. KiGGS Welle I ist als telefonische Befragung konzipiert und wird von 2009 bis 2012 durchgeführt.

Die KiGGS-Studie mit dem Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 wurde vom RKI mit Förderung durch das BMG und das BMBF durchgeführt und ausgewertet. Vertiefende Teilstudien wurden durch das BMELV sowie das BMU und das BMFSFJ finan-

ziert. Weitere Fachinstitute waren eingebunden, so beispielsweise das Umweltbundesamt im Bereich der Durchführung des Umweltmoduls und die Universität Karlsruhe für das Motorik-Modul. Ergänzend wurden repräsentative Daten für Schleswig-Holstein mit finanzieller Unterstützung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes erhoben. Die Planung und Durchführung der Studie wurde durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet, dem namhafte Persönlichkeiten aus Universitäten, Kliniken, Bundesärztekammer und Gesundheitsamt angehörten.<sup>6</sup>

Um die gesundheitliche Situation von Jugendlichen im Rahmen der Untersuchungssurveys zu erfassen gibt es in Deutschland spezialisierte Ärzte. Die Feldarbeit für die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das RKI durchgeführt. Die Untersuchungen wurden vor Ort von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für Deutschland repräsentativen Städten und Gemeinden durchgeführt.

In **Finnland** existiert keine einheitliche Statistik zur Gesundheit Jugendlicher. Die Forschung bezieht sich auf spezielle Zielgruppen und auf spezielle Gebiete. Die Gesundheitsforschung bezieht sich hauptsächlich auf das Gesundheitsverhalten Jugendlicher. Informationen zur Gesundheit Jugendlicher sind bei den finnischen Instituten für Gesundheit und Gemeinwesen und für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz erhältlich.

Die häufigsten Erkrankungen im Jugendalter sind Allergien und Hauterkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Infektionserkrankungen, Kopfschmerzen und psychische Beschwerden.

Der gesundheitliche Status von Jugendlichen wird in Finnland kontinuierlich und regelmäßig erhoben. In diesen Prozess ist das Institut für Gesundheit und Gemeinwesen und das Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz involviert. Diese unterstützen die Akteure darin, ärztliche Untersuchungen zu implementieren und durchzuführen. Es gibt in Finnland keine spezialisierten Ärzte, die die gesundheitliche Situation Jugendlicher erfassen.

In **Frankreich** gibt es eine ganze Reihe von Erhebungen und Ergebnissen über medizinische Vorsorge- und Reihenuntersuchungen bei Jugendlichen. Eine Zusammenführung, Auswertung und Weiterverarbeitung dieser Ergebnisse erfolgt jedoch nicht. Gesundheitsdaten aus Vorsorge- und Reihenuntersuchungen 14- bis 15-jähriger Jugendlicher aus den Jahren 2003 und 2004 liegen vor und liefern die folgenden Ergebnisse: Die Prävalenz von Übergewicht beträgt 16,7%, diejenige von Fettsucht 4,3%. Ungefähr die Hälfte der 14- bis 15-Jährigen hat keinerlei Zahnschäden, 8% haben nur einen unbehandelten schadhafte Zahn, 35% haben zwei unbehandelte schadhafte Zähne und für etwa 5% gilt, dass mindestens zwei schadhafte Zähne unbehandelt sind. Für Bronchialasthma wird für die Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz von 15,4% angegeben.

Zum Suchtverhalten Jugendlicher in Frankreich gibt es folgende Daten: Im Jahre 2008 haben 29% der Jugendlichen täglich geraucht gegenüber 41% im Jahre 2000 und 38% in den Jahren 2003 beziehungsweise 2004. 77,4% der Jugendlichen tranken im Jahr 2008 mindestens einmal im Monat Alkohol, was gegenüber den Jahren 2000 (79,2%) und 2003 beziehungsweise 2004 (82,1%) einen leichten Rückgang bedeutet. 8,9% der Jugendlichen trinken regelmäßig Alkohol. Als regelmäßig wird

---

<sup>6</sup> Nähere Informationen zur Methodik enthält die Sonderpublikation des Bundesgesundheitsblattes Mai/Juni 2007 'Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys'.



der Genuss alkoholischer Getränke an mehr als zehn Tagen im Monat definiert. Dies bedeutet einen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum (im Jahr 2000 10,9%, in den Jahren 2003 beziehungsweise 2004 14,5%). 42,2% der Jugendlichen haben mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis ausprobiert. Dies bedeutet eine Abnahme gegenüber dem Jahr 2000 (45,6%) und 2002 (50,2%). 24,7% der Jugendlichen konsumieren Cannabis mindestens einmal monatlich, dies bedeutet einen Rückgang gegenüber den Jahren 2000 (28,5%) und 2002 (32,3%). 7,3% der Jugendlichen konsumieren Cannabis regelmäßig, das heißt mindestens zehn Mal im Monat, dies bedeutet einen Rückgang gegenüber den Jahren 2000 (10,0%) und 2002 (12,3%).

Gesundheitliche Risiken und Probleme Jugendlicher in Frankreich ergeben sich aus einer ungesunden Lebensweise, insbesondere aus deren Suchtverhalten, Ernährung und mangelnder körperlicher Aktivität. An Erkrankungen werden neben dem Auftreten von Übergewicht, Fettsucht und Diabetes, Anorexie und Depressionen beobachtet. Die Selbstmordrate Jugendlicher ist im Altersvergleich mit Erwachsenen überdurchschnittlich hoch. Soziale Ungleichheiten führen zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko und einem gehäuften Auftreten von Erkrankungen in dieser Altersgruppe. Ein Indikator ist hier die berufliche Stellung des Vaters. Das Erkrankungsrisiko und das Auftreten von Erkrankungen bei Jugendlichen, deren Väter ungelerneten Tätigkeiten nachgehen, ist gegenüber Jugendlichen, deren Väter beruflich mit Führungsaufgaben betraut sind signifikant erhöht, nämlich 9,8% gegenüber 23,4%.

Es gibt eine Reihe verschiedener Studien und Datenerhebungen in Frankreich. Diese Erhebungen erfolg(t)en zum Teil auf nationaler Ebene, zum Teil auf Regionalebene. Die Kontinuität ist über die Auswertung mit Vergleichen aus Vorjahren gewährleistet, eine als solche angelegte direkte lückenlose Längsschnittbetrachtung erfolgt nicht.

In den Prozess der Erfassung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher sind eine ganze Reihe von Akteuren eingebunden, in erster Linie Schulärzte und deren medizinisches Fachpersonal.

In **Italien** sind die größten gesundheitlichen Probleme Jugendlicher verbunden mit einem ungesunden Lebensstil, Trägheit, Zigarettenkonsum und Alkoholmissbrauch. Psychische Gesundheitsprobleme sind hauptsächlich verbunden mit dem familiären und sozialen Hintergrund.

Im Einzelnen stellt sich die Gesundheitssituation Jugendlicher folgendermaßen dar: 25,6% der Jungen und 13,5 % der Mädchen ab 11 Jahren leiden an Übergewicht, 5,5% der Jungen und 1,5% der Mädchen ab 11 Jahren an Adipositas. 16% der Jugendlichen ab 15 Jahren rauchen regelmäßig, 37% trinken Alkohol, 27% der Jungen und 18% der Mädchen probieren Drogen (davon 2% harte Drogen, 2,6% Kokain) und nur ein geringer Prozentsatz Jugendlicher treibt regelmäßig Sport.

Die gesundheitliche Situation Jugendlicher wird in Italien anhand von ärztlichen Untersuchungen erhoben, die jährlich durch Kinderärzte durchgeführt werden. Die Untersuchungsergebnisse werden im Rahmen von nationalen statistischen Berichten veröffentlicht. In den Erhebungsprozess sind Pädiater und ambulante Kliniken lokaler Gesundheitseinheiten involviert. Auf die Untersuchung Jugendlicher sind Kinderärzte spezialisiert und dementsprechend auch dafür zuständig.

In den **Niederlanden** erfolgt die Darstellung der Gesundheitssituation und Bereitstellung von Daten zur Gesundheit Jugendlicher im so genannten 'Jeugdmonitor'<sup>7</sup>. Entsprechend dieser Erhebung ergeben sich gesundheitliche Risiken und Probleme Ju-

<sup>7</sup> <http://jeugdmonitor.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>

gendlicher aus einer ungesunden Lebensweise, insbesondere aus deren Suchtverhalten und Ernährungsgewohnheiten. Übergewicht, Fettsucht, Depressionen und Angststörungen sind gehäuft auftretende Erkrankungen.

Die Beurteilung des Gesundheitszustands der Jugendlichen erfolgt abhängig von den entsprechenden Fragestellungen von den jeweils dafür zuständigen Ärzten. An der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen sind auf nationaler Ebene Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens und auf örtlicher beziehungsweise kommunaler Ebene sowohl staatliche Stellen als auch private Dienstleister beteiligt. Für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen wird von den Ärzten keine besondere Qualifikation verlangt.

Von den **österreichischen** Experten werden ebenfalls die aus den anderen Ländern bekannten vorherrschenden gesundheitlichen Probleme für die Gruppe der Jugendlichen genannt. Im Detail werden eine Zunahme der Rate von Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas, Bewegungsmangel, Abhängigkeit vom Internet, Steigerung der Aggressionsbereitschaft, fehlende Sinnfindung sowie mangelnde Entwicklung von Zukunftsperspektiven genannt. Darüber hinaus zeigt eine Auswertung der Daten aus den Stellungsuntersuchungen, dass über einen Zeitraum von zehn Jahren gleich bleibend nur circa 25% der Jugendlichen vollkommen gesund sind.

**Tschechien** skizziert bei der Beantwortung dieses Fragekomplexes vornehmlich Mortalitätsdaten. Die allgemeine Sterblichkeit liegt dort bei jugendlichen 15- bis 18-Jährigen bei 0,4 Fällen pro 1000 Personen. Anteil an der Sterblichkeitsrate haben bei den 15- bis 19-Jährigen zu 14,2% die Selbsttötung und zu 55,6% Unfälle. Ferner werden als bei Jugendlichen gehäuft auftretende Erkrankungen mit den entsprechenden Mortalitätsraten Adipositas, Gonorrhö und Schwangerschaften beziehungsweise Schwangerschaftsabbrüche dargestellt. Die vorherrschenden gesundheitlichen Probleme jugendlicher TschechInnen resultieren gemäß der Angaben des Länderexperten aus riskanten Verhaltensweisen.

In den Prozess der Erhebung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher sind praktische Kinderärzte involviert, die Erfassung der epidemiologischen Situation erfolgt durch dafür spezialisierte Ärzte.

### ***Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern***

#### **9.1 Welche Akteure/Institutionen sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beteiligt?**

#### **9.2 Was sind ihre Aufgaben?**

- *In Deutschland erfolgt die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher durch niedergelassene Ärzte und die Institutionen des Gesundheitswesens. Nur in sehr wenigen Fällen finden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen durch Fachärzte für Arbeitsmedizin und Betriebsmediziner statt.*
- *In Finnland und Frankreich sowie in Österreich sind im Unterschied zur Situation in Deutschland Institutionen und Fachpersonal mit Bezug zur Arbeitswelt mit der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beauftragt, in Tschechien, Italien und Frankreich zudem Kinder- und Jugendmediziner.*

Die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher erfolgt in **Deutschland** durch niedergelassene Ärzte und die Institutionen des Gesundheitswesens. Bezogen auf das Arbeitsleben findet in der Regel keine Betreuung durch Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Betriebsmediziner statt, da die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen von jedem Arzt durchgeführt werden können. Nur in sehr wenigen Fällen finden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen durch Fachärzte für Arbeitsmedizin und Betriebsmediziner statt. § 22 JArbSchG definiert den entsprechenden Sachverhalt:

*§ 22 – Gefährliche Arbeiten*

- (1) *Jugendliche dürfen nicht beschäftigt werden*
1. *mit Arbeiten, die ihre physische oder psychische Leistungsfähigkeit übersteigen,*
  2. *mit Arbeiten, bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind,*
  3. *mit Arbeiten, die mit Unfallgefahren verbunden sind, von denen anzunehmen ist, dass Jugendliche sie wegen mangelnden Sicherheitsbewusstseins oder mangelnder Erfahrung nicht erkennen oder nicht abwenden können,*
  4. *mit Arbeiten, bei denen ihre Gesundheit durch außergewöhnliche Hitze oder Kälte oder starke Nässe gefährdet wird,*
  5. *mit Arbeiten, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von Lärm, Erschütterungen oder Strahlen ausgesetzt sind,*
  6. *mit Arbeiten, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von Gefahrstoffen im Sinne des Chemikaliengesetzes ausgesetzt sind,*
  7. *mit Arbeiten, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von biologischen Arbeitsstoffen im Sinne der Richtlinie 90/679/EWG des Rates vom 26. November 1990 zum Schutze der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit ausgesetzt sind.*
- (2) *Absatz 1 Nr. 3 bis 7 gilt nicht für die Beschäftigung Jugendlicher, soweit*
1. *dies zur Erreichung ihres Ausbildungszieles erforderlich ist,*
  2. *ihr Schutz durch die Aufsicht eines Fachkundigen gewährleistet ist und*
  3. *der Luftgrenzwert bei gefährlichen Stoffen (Absatz 1 Nr. 6) unterschritten wird.*
- Satz 1 findet keine Anwendung auf den absichtlichen Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen der Gruppen 3 und 4 im Sinne der Richtlinie 90/679/EWG des Rates vom 26. November 1990 zum Schutze der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit.*
- (3) *Werden Jugendliche in einem Betrieb beschäftigt, für den ein Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit verpflichtet ist, muss ihre betriebsärztliche oder sicherheitstechnische Betreuung sichergestellt sein.*

Bezogen auf den Jugendarbeitsschutz ist die Untersuchung nach der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung und gegebenenfalls die Veranlassung von ergänzenden Untersuchungen die Aufgabe der untersuchenden Ärzte.

Bezogen auf die Gesundheitsversorgung sind die Aufgaben der behandelnden Ärzte und der Institutionen des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung. Mit Ausnahme der Jugenduntersuchung J1 im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, die im 13. Lebensjahr stattfindet, finden keine Präventionsmaßnahmen in der ärztlichen Behandlung Jugendlicher statt.

In **Finnland** sind für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher das 'Institut für Gesundheit und Gemeinwesen' und das 'Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz' zuständig. Außerdem sind kommunale Gesundheitsdienste, der betriebstechnische Dienst und die 'Stiftung für die Gesundheit von Studenten' involviert. Die Institute unterstützen die Durchführung der Untersuchungen, die kommunalen Gesundheitsdienste kümmern sich um die Gesundheitsversorgung von Schülern und Studenten.

Die 'Stiftung für die Gesundheit von Studenten' ist zuständig für die Gesundheit von Studenten in Universitäten. In Finnland bezieht sich die gesundheitliche Betreuung sowohl auf Schüler in Berufsschulen als auch auf Studenten in Universitäten.

In **Frankreich** sind in die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher dem Erziehungsministerium unterstellte Ärzte und deren medizinisches Fachpersonal sowie Arbeitsmediziner eingebunden.

Im Hinblick auf Ausbildungsverhältnisse erfolgt bereits durch Schulärzte eine Beurteilung über eventuell individuelle Tätigkeitseinschränkungen für bestimmte Gefährdungen.

Die Aufgaben der Arbeitsmediziner sind entsprechend denen der Schulärzte ausschließlich präventiv. Das Ziel ist die Abwendung jeglicher arbeitsbedingter gesundheitlicher Schäden bei Jugendlichen durch regelmäßige tätigkeitsbezogene Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, die Überwachung von Hygienevorschriften und die Sicherstellung der Vermeidung von Infektionen aufgrund bestehender Ansteckungsgefährdungen.

In **Italien** sind für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher das Ministerium für Gesundheit, das nationale Gesundheitssystem und lokale Gesundheitseinheiten verantwortlich. Das Ministerium für Gesundheit gibt durch den nationalen Gesundheitsplan und seine Richtlinien Weisungen in Hinblick auf Gesundheitsziele, die im Zeitrahmen von drei Jahren zu erreichen sind. Das nationale Gesundheitssystem setzt diese Vorgaben durch nationale, regionale und lokale Dienste um. Die Kinderärzte führen in den ambulanten Kliniken lokaler Gesundheitseinheiten die ärztlichen Untersuchungen Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes durch.

In den **Niederlanden** sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher das öffentliche Gesundheitswesen, private Dienstleister sowie Allgemeinärzte und Fachärzte beteiligt. Die Aufgaben der Beteiligten sind Prävention, Behandlung und Gesundheitsfürsorge.

In den Niederlanden ist die Gewerbeaufsicht (Labour Inspectorate) für die Umsetzung der Rechtsvorschriften zum Schutz jugendlicher Arbeitnehmer ermächtigt. Sie untersteht dem Ministerium für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung (Ministry of Social Affairs and Employment). Die Gewerbeaufsicht setzt in erster Linie die Gesetze und Vorschriften eines Industrie-basierten Ansatzes durch; das bedeutet, dass in erster Linie präventive Inspektionen in den Unternehmen stattfinden. Des Weiteren werden Inspektionen aufgrund von Beschwerden oder Unfällen durchgeführt. Separate Erhebungen und Kontrollen für junge Beschäftigte werden auch von der Gewerbeaufsicht organisiert. Alle Inspektoren der Gewerbeaufsicht sind zum Thema Jugendliche am Arbeitsplatz geschult.

In **Österreich** sind das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, die Bundesministerien für Soziales, Arbeit und Wirtschaft sowie Land- und Forstwirtschaft, die Gebietskrankenkassen, der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und das Arbeitsinspektorat beteiligt. Die Lehrlingsuntersuchungen erfolgen auf Einladung der Gebietskrankenkassen in den Räumen der Sozialversicherungsträger.

In **Tschechien** sind praktische Kinderärzte und Jugendmediziner mit der Gesundheitsversorgung Jugendlicher beauftragt und für Prävention und die Behandlung von Erkrankungen, die Beratung zur Vermeidung beziehungsweise Reduktion von Risikoverhaltensweisen und die Beratung in Fragen der Berufswahl im Alter von 13 Jahren zuständig.

**10. Sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher?**

- *In Deutschland sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher, dies ist auch in allen Vergleichsländern der Fall. Der französische Experte weist darauf hin, dass diese dort allerdings nicht systematisch für alle Jugendlichen erfolgen.*

In **Deutschland** sind ärztliche Untersuchungen, wie bereits in Frage neun ausgeführt, Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher. Gleiches gilt für **Finnland, Italien, die Niederlande, Österreich** und **Tschechien**. Auch in **Frankreich** sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher, allerdings erfolgen diese nicht systematisch für alle Jugendlichen.

**11. Welche Anlässe für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen sind in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG über den Jugendarbeitsschutz und ggf. weiterführende und konkretisierende nationale Rechtsvorschriften definiert?** (Beginn eines Ausbildungsverhältnisses, bei bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen)

- *In Deutschland, Finnland wie auch in Frankreich, Tschechien und Italien ist der Eintritt ins Berufsleben bzw. der Beginn einer Berufsausbildung Anlass für eine ärztliche Untersuchung von Jugendlichen.*
- *In Frankreich finden zusätzlich individuelle vertiefende Beurteilungen statt, wenn Arbeiten an gefährlichen Maschinen Bestandteil der Tätigkeit sind.*
- *In Österreich werden Jugendliche über die Untersuchung zum Eintritt ins Berufsleben hinaus jährlich bis zum 18. Lebensjahr untersucht sowie des Weiteren anlassbezogen bei Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Alkohol beziehungsweise sonstigen Drogen.*

**Tabelle 8:** Untersuchungsanlässe

|             | Untersuchungsanlässe   |
|-------------|--|
| Deutschland | Erstuntersuchung: Eintritt ins Berufsleben, Nachuntersuchungen: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres: eine berufliche Tätigkeit   |
| Finnland    | zu Beginn der Tätigkeit  |
| Frankreich  | Aufnahme einer Berufsausbildung sowie bei Arbeiten an gefährlichen Maschinen weiterhin vorab eine individuelle vertiefende Beurteilung, ob die jeweilige Tätigkeit ausgeübt werden darf  |
| Italien     | zu Beginn der Tätigkeit  |
| Niederlande |  |
| Österreich  | Zum Schuleintritt, bei Antritt der Lehre und in jährlichen Abständen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Weiterhin anlassbezogene Untersuchungen bei Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Alkohol oder sonstigen Drogen<br>In Sonderfällen: Arbeiten zwischen 22 und 6 h und bei Gefahr für die Sicherheit oder Gesundheit des Jugendlichen in jährlichen Abständen |
| Tschechien  | zu Beginn der Tätigkeit  |

Anlass für die ärztliche Erstuntersuchung in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG ist in **Deutschland** der Eintritt ins Berufsleben, für Nachuntersuchungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres eine berufliche Tätigkeit.

In **Finnland** ist eine Untersuchung vor oder innerhalb eines Monats nach Eintritt in das Arbeitsleben vorgesehen (Young Workers' Act 998/1993, Chapter 3, Section 11).

In **Frankreich** ist die Aufnahme einer Berufsausbildung Anlass für eine Untersuchung bei Jugendlichen. Weitere Untersuchungen haben in mindestens jährlichen Intervallen, im Fall gelegentlicher Nachtarbeit in mindestens halbjährlichen Abständen zu erfolgen. Bei Arbeiten an gefährlichen Maschinen hat vorab eine individuelle vertiefende Beurteilung darüber zu erfolgen, ob die entsprechende Tätigkeit ausgeübt werden darf.

In **Italien** dienen ärztliche Untersuchungen bei Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes der Beurteilung der gesundheitlichen Eignung für die jeweilige Tätigkeit. Ärztliche Untersuchungen werden gemäß der europäischen Richtlinien und der nationalen Gesetzgebung zum Schutz jugendlicher Arbeitnehmer durchgeführt. Sie sind zu Beginn der Tätigkeit verpflichtend (Protection of Children and Adolescents at Work 977/1967, Section 8). Bei Tätigkeiten, die spezifische Gesundheitsgefährdungen aufweisen (z. B. Lärm) finden medizinische Untersuchungen in kürzeren

Zeitabständen statt (Protection of Children and Adolescents at Work 977/1967, Section 9 /10).

In **Österreich** sind zeitlich feste Anlässe für die Durchführung der Untersuchungen während der Pflichtschulzeit und während der Lehrlingsausbildung definiert und zwar bei Schuleintritt, nach Antritt der Lehre<sup>8</sup> und in jährlichen Abständen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit dem Ziel der Lösung sind für den Fall des Auftretens von Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Alkohol oder sonstigen Drogen anlassbezogene Untersuchungen vorgesehen. Vor Lehrbeginn sind in Österreich keine ärztlichen Untersuchungen vorgesehen. Für Sonderfälle, in denen Arbeitszeiten zwischen 22 und 6 Uhr erlaubt sind, gilt folgende Regelung gemäß § 17 (7) KJBG: Soweit die Abs. 2 und 3a bis 6 eine Beschäftigung zwischen 22 und 6 Uhr zulassen, dürfen Jugendliche in dieser Zeit regelmäßig nur beschäftigt werden, wenn vor Aufnahme dieser Arbeiten und danach in jährlichen Abständen eine Jugendlichenuntersuchung gemäß § 132a des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Österreich (ASVG) oder eine dieser Untersuchung vergleichbare ärztliche Untersuchung, vorzugsweise durch Ärzte mit arbeitsmedizinischer Ausbildung, durchgeführt wurde. Weiter gilt: Ergibt die Beurteilung gemäß § 23 Abs. 1<sup>9</sup> eine Gefahr für die Sicherheit oder Gesundheit des Jugendlichen, so hat der Dienstgeber dafür Sorge zu tragen, dass in jährlichen Abständen eine Untersuchung gemäß § 132a ASVG stattfindet.

Eine explizite Regelung zu speziellen (ärztlichen) Untersuchungen, die im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen durchzuführen sind, enthält weder das KJBG noch das ASVG. Für eine Reihe von Arbeiten gelten für Jugendliche Verbote, bei erlaubter Exposition gelten spezielle Untersuchungsvorgaben, wie dies zum Beispiel auch bei älteren Arbeitnehmern der Fall ist.

In **Tschechien** ist der Arbeitgeber verpflichtet einen jugendlichen Arbeitnehmer vor Beginn der Beschäftigung oder vor der Beschäftigung eines Jugendlichen mit einer anderen Art von Arbeit einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen (Labour Code 262/2006, Section 247).

**12. Welche Zeitpunkte für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen sind in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG über den Jugendarbeitsschutz und ggf. weiterführende und konkretisierende nationalen Rechtsvorschriften definiert?** (vor Schulabgang, nach Schulabgang, festgelegter Zeitraum)

- *In Finnland, Italien und Tschechien ist nur zum Eintritt in ein Beschäftigungsverhältnis eine Untersuchung von Jugendlichen vorgesehen, weitere fixe Untersuchungszeitpunkte gibt es darüber hinaus im Gegensatz zu Deutschland nicht.*
- *In Frankreich und Österreich finden nach der ersten Untersuchung bei Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis darüber hinaus in jährlichen Intervallen (in Frankreich bei gelegentlicher Nachtarbeit in halbjährlichen Intervallen) erneute Untersuchungen statt.*

<sup>8</sup> § 25 KJBG: Die Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132a ASVG sind bei Jugendlichen, die erstmalig eine Beschäftigung angetreten haben, tunlichst binnen zwei Monaten durchzuführen.

<sup>9</sup> § 23. (1) Der Dienstgeber hat vor Beginn der Beschäftigung und bei jeder bedeutenden Änderung der Arbeitsbedingungen die für die Sicherheit und Gesundheit des Jugendlichen sowie für die Sittlichkeit bestehenden Gefahren zu ermitteln

**Tabelle 9:** Untersuchungszeitpunkte

|             | Untersuchungszeitpunkte   |
|-------------|---|
| Deutschland | <p>Erstuntersuchung innerhalb der letzten vierzehn Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung.</p> <p>Erste Nachuntersuchung ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung (frühestens neun, spätestens vierzehn Monate nach Aufnahme der ersten Beschäftigung).</p> <p>Fakultative Nachuntersuchung nach Ablauf jedes weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung</p> <p>Außerordentliche Nachuntersuchungen falls ein Jugendlicher hinter dem seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand zurückgeblieben ist, gesundheitliche Schwächen oder Schäden vorhanden sind, die Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen noch nicht zu übersehen sind.</p> |
| Finnland    | In Finnland ist eine Untersuchung vor oder innerhalb eines Monats nach Eintritt in das Arbeitsleben vorgesehen (Young Workers' Act 998/1993, Chapter 3, Section 11).  |
| Frankreich  | Mindestens jährliche Intervalle, im Falle gelegentlicher Nachtarbeit mindestens halbjährliche Abstände.   |
| Italien     | Beginn des Arbeitsverhältnisses   |
| Niederlande |   |
| Österreich  | Die Untersuchungen werden erstmals nach Beginn der Beschäftigung ('tunlichst binnen zwei Monaten') durchgeführt und danach jährlich wiederholt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.   |
| Tschechien  | In <b>Tschechien</b> ist der Arbeitgeber verpflichtet einen jugendlichen Arbeitnehmer vor Beginn der Beschäftigung oder vor der Beschäftigung eines Jugendlichen mit einer anderen Art von Arbeit einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen (Labour Code 262/2006, Section 247).   |

In **Deutschland** hat die Erstuntersuchung innerhalb der letzten vierzehn Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung zu erfolgen, ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung hat die erste Nachuntersuchung zu erfolgen. Diese ist frühestens neun, spätestens vierzehn Monate nach Aufnahme der ersten Beschäftigung durchzuführen. Nach Ablauf jedes weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung kann sich der Jugendliche erneut nachuntersuchen lassen. Der Arzt soll eine außerordentliche Nachuntersuchung anordnen, wenn eine Untersuchung ergibt, dass ein Jugendlicher hinter dem seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand zurückgeblieben ist, gesundheitliche Schwächen oder Schäden vorhanden sind oder die Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen noch nicht zu übersehen sind. Die festgelegten Fristen der Erst- und Nachuntersuchungen werden durch die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung nicht berührt.



In **Finnland** existieren Untersuchungen bei Beginn eines Ausbildungsverhältnisses bzw. bei Aufnahme einer Tätigkeit.

In **Italien** finden die Untersuchungen vor Beginn des Ausbildungsverhältnisses bzw. vor Aufnahme der Tätigkeit statt.

In **Österreich** werden die Untersuchungen erstmals nach Beginn der Beschäftigung 'tunlichst binnen zwei Monaten' durchgeführt und danach jährlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wiederholt. Die Einhaltung der Bestimmungen des KJBG wird vom Arbeitsinspektorat überwacht. Die Jugendlichen werden zu den Untersuchungen eingeladen und auch der Dienstgeber ist aufgefordert, die Untersuchung zu empfehlen.

In **Tschechien** stellt der Zeitpunkt der Untersuchung den Eintritt des Jugendlichen in ein Beschäftigungsverhältnis dar.

Der **niederländische** Partner hat in diesem Zusammenhang keine Informationen weitergegeben.

### 13. **Wie alt sind die Jugendlichen zum Zeitpunkt der jeweiligen ärztlichen Untersuchungen?**

- *Bezüglich des Alters der Jugendlichen zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchung differieren die Aussagen stark. Auffallend ist, dass in mehreren Ländern (Niederlande, Tschechien und Frankreich) die obere durchschnittliche Altersgrenze für eine Untersuchung deutlich unter 18 Jahren liegt.*

Das Alter der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchungen wird in **Deutschland** durch die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes vorgegeben und liegt zwischen dem Eintritt ins 15. Lebensjahr und der Vollendung des 18. Lebensjahres. In Abhängigkeit vom Eintritt in das Berufsleben erfolgt die erste Untersuchung frühestens 17 Monate vor Aufnahme einer Tätigkeit, wenn eine Landesregierung durch Rechtsverordnung zur Vermeidung von mehreren Untersuchungen innerhalb eines kurzen Zeitraums aus verschiedenen Anlässen bestimmt, dass die Untersuchungen nach den §§ 32 bis 34 JArbSchG zusammen mit Untersuchungen nach anderen Vorschriften durchzuführen sind. In der Regel gilt allerdings Frist gemäß des § 32 Abs. 1 Nr. 1 JArbSchG, die festlegt, dass ein Jugendlicher, der in das Berufsleben eintritt, innerhalb der letzten vierzehn Monate von einem Arzt untersucht werden muss. Oben genannte Ausnahmeregelung weicht von dieser Frist ab. Insgesamt können Untersuchungen also im Alter zwischen 13 Jahren und 7 Monaten und der Vollendung des 18. Lebensjahres stattfinden.

In **Finnland** sind arbeitende Jugendliche zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchungen unter 18 Jahren, Schüler und Studenten werden medizinisch auch im Hinblick auf berufliche Eignungen und Belastungen unter Zuständigkeit der kommunalen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen bis zum 25. Lebensjahr medizinisch versorgt.

In **Frankreich** sind die Jugendlichen zum Zeitpunkt der ersten Jugendarbeitsschutzuntersuchung, sofern sie noch die Schule besuchen, 15 Jahre alt. Stehen sie in einem Arbeitsverhältnis, findet die erste Untersuchung mit 16 Jahren statt.

Für **Italien** gilt, dass entsprechend dem italienischen Gesetz zum Mindestalter für den Beginn eines Arbeitsverhältnisses Jugendliche mindestens 16 Jahre alt sind. Der genaue Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung richtet sich nach dem Eintritt in ein Beschäftigungsverhältnis. Sie erfolgt im Alter zwischen 16 und 18 Jahren.

In den **Niederlanden** finden Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von einer beruflichen Tätigkeit im Alter von 13 und 14 Jahren statt.

In **Österreich** sind die Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahre alt, spezielle zeitliche Zuordnungen in der Lehrlingsuntersuchung gibt es derzeit nicht. Eine Schwerpunktsetzung erfolgt im zweiten Untersuchungsjahr auf Augen, Ohren und Zähne, im dritten Jahr auf Belastungen am Arbeitsplatz.

In **Tschechien** sind die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Regel 15 bis 16 Jahre alt.

**Tabelle 10:** Alter der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung

|             | Alter der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung               |
|-------------|---|
| Deutschland | Im Alter zwischen 13 Jahren und der Vollendung des 18. Lebensjahres |
| Finnland    | Unter 18 Jahren   |
| Frankreich  | ab 15 beziehungsweise 16 Jahren                                     |
| Italien     | zwischen 16 und 18 Jahren   |
| Niederlande | 13-14 Jahre   |
| Österreich  | 15-17 Jahre   |
| Tschechien  | 15-16 Jahre   |

**14. Durch wen werden die jeweiligen Untersuchungen veranlasst?** (z. B. Arbeitgeber, Sorgeberechtigte, Arzt usw.)

- *In Deutschland kann die Initiative im Hinblick auf die jeweilige Untersuchung vom Arbeitgeber, Personensorgeberechtigten, Jugendlichen oder vom Arzt ausgehen. In Finnland, Frankreich und Italien ist der Arbeitgeber Initiator der jeweiligen Untersuchungen. In den Niederlanden sind dies Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens, in Österreich die Sozialversicherung und in Tschechien höhere Schulen beziehungsweise Berufsschulen. Schuluntersuchungen werden in Frankreich von der entsprechenden Behörde veranlasst.*

Verantwortlich für die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften ist in **Deutschland** derjenige, der einen Jugendlichen beschäftigt.

In **Finnland** sind die Arbeitgeber verantwortlich für die Organisation der ärztlichen Untersuchungen für Jugendliche im Arbeitsleben. Außerhalb des Arbeitskontexts sind kommunale Gesundheitsdienste für die Untersuchung Jugendlicher verantwortlich.

In **Frankreich** und **Italien** werden die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ebenfalls vom Arbeitgeber veranlasst. In Frankreich liegt die Verantwortlichkeit bei Schülern bei der entsprechenden Behörde.

In den **Niederlanden** hingegen werden die Vorsorgeuntersuchungen von Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens initiiert, in **Österreich** wird jeder berufstätige Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren von seiner Sozialversicherung einmal pro Jahr zur Jugendlichenuntersuchung eingeladen und in **Tschechien** werden die Untersuchungen durch die höhere Schule oder die Berufsschule veranlasst.

**15. Gibt es Fristen, die im Rahmen der jeweiligen ärztlichen Untersuchungen eingehalten werden müssen?**

- *Mit Ausnahme von Tschechien gibt es in allen Vergleichsländern ebenso wie in Deutschland Fristenregelungen, die eingehalten werden müssen.*
- *Bei weiteren Untersuchungen ist es sowohl in Deutschland als auch in Italien dem Untersuchenden überlassen, die weiteren Untersuchungsintervalle zu bestimmen.*

In **Deutschland** müssen Fristen eingehalten werden. Die Erstuntersuchung kann bei Inanspruchnahme der Sonderregelung zur Vermeidung mehrerer Untersuchungen in kurzen Zeitabständen bis zu siebzehn Monate vor Eintritt bis unmittelbar vor dem Eintritt in das Berufsleben stattfinden. Die erste Nachuntersuchung muss zwischen neun und vierzehn Monate nach Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit erfolgen, die Fristen für Ergänzungsuntersuchungen werden vom Untersucher festgelegt.

In **Finnland** wird die ärztliche Untersuchung vor oder innerhalb eines Monats nach Eintritt in das Arbeitsleben durchgeführt. Fristen für weitere Untersuchungen sind nicht gesetzlich definiert.

In **Frankreich** gibt es eindeutig festgelegte Untersuchungsintervalle. Die Einhaltung von Fristen ergibt sich aus den jeweils vorgeschriebenen Untersuchungsintervallen.

In **Italien** werden die Untersuchungen vor Aufnahme der Tätigkeit durchgeführt. Eine genaue Frist ist nicht Gegenstand des Gesetzestextes. Jährlich werden die Untersuchungen wiederholt.

Obwohl es auch in **Österreich** Fristen gibt, die eingehalten werden müssen, ist die Festlegung und Überwachung jedoch regional sehr unterschiedlich geregelt, weshalb die Länderexperten auf eine nähere Ausführung verzichtet haben. In den **Niederlanden** gibt es ebenfalls Fristen, die eingehalten werden müssen, jedoch nicht näher erläutert wurden, während in **Tschechien** keine Fristenregelungen existieren.

## 16. Wie lange dauern die jeweiligen Untersuchungen?

- *Die Dauer der jeweiligen Untersuchungen variiert von Land zu Land zwischen 10 und 60 Minuten.*

Die zeitliche Dauer für die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ist in **Deutschland** nicht definitiv eingegrenzt. Nach Erhebung der lebenslangen Eigenanamnese erfolgt die Erhebung des Ganzkörperstatus mittels körperlicher Untersuchung einschließlich einer Farbsinnprüfung. Erfahrungsgemäß und entsprechend der Vergütung für die Untersuchung in Höhe von 23,31 € nach Ziffer 32 GOÄ kann für die Erst- und Folgeuntersuchungen mit einem zeitlichen Aufwand von circa 15 bis 30 Minuten je Untersuchung ausgegangen werden.

Die Dauer der Untersuchungen ist in **Finnland** von deren Umfang abhängig, der sich wiederum nach Art und Umfang der gesundheitlichen Gefährdung des zu Untersuchenden richtet, sodass eine genaue Zeitdauer nicht angegeben werden kann.

In **Frankreich** beträgt die Untersuchungsdauer für Schuluntersuchungen 20 bis 30 Minuten. Für Jugendarbeitsschutzuntersuchungen kann keine genaue Untersuchungsdauer angegeben werden, da diese von Untersucher zu Untersucher stark variiert.

Auch in **Italien** hängt die Dauer der ärztlichen Untersuchungen stark von der Art und der Anzahl der klinischen und apparativen Untersuchungen ab, die durchgeführt werden und kann daher nicht pauschal genannt werden.

In den **Niederlanden** dauern die Vorsorgeuntersuchungen circa 30 Minuten, **Österreich** gibt 10 bis 15 Minuten an, **Tschechien** etwa eine halbe bis eine Stunde.

**Tabelle 11:** Dauer der Untersuchungen

|             | Dauer der Untersuchungen                        |
|-------------|---|
| Deutschland | circa 15 bis 30 Minuten je Untersuchung         |
| Finnland    | differiert nach der gesundheitlichen Gefährdung |
| Frankreich  | variiert von Untersucher zu Untersucher stark   |
| Italien     | variiert  |
| Niederlande | circa 30 Minuten                                |
| Österreich  | 10-15 Minuten                                   |
| Tschechien  | 30-60 Minuten                                   |

## 17. Wo finden die jeweiligen Untersuchungen statt? (zum Beispiel Schule, Arztpraxis)

- *In Deutschland finden die angesprochenen Untersuchungen zum ganz überwiegenden Teil in Arztpraxen statt. Diese Beschränkung findet sich nur noch in Tschechien, in allen weiteren Staaten finden die Untersuchungen in räumli-*

*cher Nähe zum Arbeitsplatz beziehungsweise bei arbeitsmedizinischen Diensten, Zentren oder ähnlichem oder in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen statt.*

In **Deutschland** finden die Untersuchungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in Arztpraxen, zu einem geringen Teil in arbeitsmedizinischen Stätten statt.

Auch in **Tschechien** finden die Untersuchungen in Arztpraxen statt.

In **Finnland** werden ärztliche Untersuchungen Jugendlicher von betriebsmedizinischen Diensten, von kommunalen Gesundheitsdiensten oder anderen Gesundheitsdiensten angeboten und finden in deren Räumlichkeiten statt.

Für **Frankreich** gilt: Die Schuluntersuchungen finden in Schulräumen, die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen finden in Betrieben oder arbeitsmedizinischen Zentren statt.

In **Italien** können die Untersuchungen in lokalen Gesundheitseinheiten, in einer Arztpraxis oder auf dem Gelände eines Betriebes stattfinden. Arbeitsmediziner können beantragen, dass weitere Kontrollen bei Spezialisten, die in der Regel in lokalen Gesundheitseinheiten angesiedelt sind, stattfinden.

In den **Niederlanden** sind Schulen und Ämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes Untersuchungsorte.

In **Österreich** finden Schuluntersuchungen in der Schule, die Lehrlingsuntersuchungen auf Einladung der Gebietskrankenkassen in Räumen der Sozialversicherungsträger statt.

### **18.1 Wie erfolgt die Erhebung der Anamnese?**

### **18.2 Wer führt diese Anamnese aus? (z. B. Arzt, Schwester, Jugendlicher usw.)**

### **18.3 Welche Inhalte werden erfasst (Beschreibung der Inhalte)?**

- *Nur in Deutschland und in Finnland erfolgt die Erhebung der Anamnese anhand standardisierter Fragebögen. In Finnland werden allerdings zusätzlich standardisierte Formblätter, nicht standardisierte Fragebögen, nicht standardisierte Formblätter und sonstige Methoden genutzt. Die übrigen Länder nutzen nicht standardisierte Erhebungsmethoden oder machen hierzu keine genauen Angaben.*
- *Die Anamneseerhebung erfolgt in Deutschland durch einen Arzt gemeinsam mit dem Jugendlichen (und dem Personensorgeberechtigten). Das ist auch in Frankreich, Österreich und Tschechien der Fall. In Finnland, Italien und den Niederlanden sind zusätzlich auch Krankenschwestern oder anderes medizinisches Fachpersonal beteiligt.*
- *In Deutschland werden lediglich Vorerkrankungen erfasst und kein präventiver Ansatz verfolgt. In den Vergleichsländern Finnland, Italien und Frankreich fließen darüber hinaus arbeitsbezogene Aspekte in die Untersuchungen mit ein,*

*während ebenfalls in Finnland sowie in den Niederlanden, Österreich und Tschechien auch psychische Faktoren sowie Lebensstilaspekte berücksichtigt werden.*

Die Anamneseerhebung erfolgt in **Deutschland** mittels standardisierter Fragebögen. Das Ausfüllen der Anamnesebögen erfolgt durch den Jugendlichen selbst und die Personensorgeberechtigten. Eine vertiefende Exploration bleibt dem untersuchenden Arzt freigestellt. Die Berufsordnung für Ärzte legt fest, dass die Anamneseerhebung zwingend vom Arzt vorzunehmen ist. Ziel der Anamneseerhebung ist die Erfassung von Vorerkrankungen, während die Ausführlichkeit vom jeweiligen Untersucher abhängt.

In **Finnland** werden zur Anamneseerhebung sowohl standardisierte als auch nicht standardisierte Formulare eingesetzt, die zum Teil vom Untersuchten selbst, zum Teil von medizinischem Personal, hier insbesondere von speziell ausgebildeten Krankenschwestern ausgefüllt werden. Die Untersuchungsabläufe sind unterschiedlich und abhängig von der Gefährdung. Erfasst werden folgende Inhalte: Familiengeschichte, Krankheitsgeschichte, Ernährung, Bewegungsverhalten und sportliche Aktivitäten, Drogen- und Alkoholkonsum, Rauchverhalten, die sexuelle Gesundheit, psychosoziale Faktoren, Hobbies, generelle Lebensbedingungen, arbeitsbezogene Faktoren und Bildung.

In **Frankreich** werden im Rahmen der Anamneseerhebung zusätzlich zur individuellen Gefährdungsanalyse in Form eines Interviews durch den Arzt anhand nicht standardisierter Anamnesebögen auch die Krankheitsvorgeschichte und Berufsanamnese erfragt.

In **Italien** erfolgt die Anamneseerhebung bei ärztlichen Untersuchungen jugendlicher Arbeitnehmer unstandardisiert. Erfasst werden frühere Arbeitsaktivitäten mit besonderem Augenmerk auf frühere Gefährdungen durch spezielle arbeitsbezogene Gefahren. Des Weiteren wird eine standardisierte klinische Anamnese durchgeführt, die eine Anamnese im Bereich Familie, Physiologie und Pathologie beinhaltet.

Die Anamneseerhebung erfolgt in den **Niederlanden** durch eine Befragung, die von Ärzten und medizinischem Fachpersonal vorgenommen wird.

In **Österreich** werden Erfassungsbögen, die vom Jugendlichen ausgefüllt und vom Arzt ergänzt werden, zur Anamneseerhebung eingesetzt. Erfasst werden Befinden, Wohnmöglichkeit, Familie, Erkrankung bei Eltern/Geschwistern, Sport, Impfungen, Diät, Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Nikotin, sonstige Suchtgifte), berufliche Überlastung, Operationen, Geburtskomplikationen, angeborene Leiden, Komplikationen nach Kinderkrankheiten, Infektionskrankheiten, Nerven- und seelische Erkrankungen, Erkrankungen der blutbildenden Organe und Lymphsysteme, Erkrankungen des Hormon-, Zucker- und Fettstoffwechsels, Erkrankungen der Seh-, Hör- und Sprachorgane, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Erkrankungen der Atmungsorgane, Erkrankungen der Bauchorgane, Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates, Verletzungen, Brüche, Haut und Schleimhauterkrankungen, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane und eine gynäkologische Anamnese bei weiblichen Jugendlichen.

In **Tschechien** findet die Anamneseerhebung durch einen Arzt statt und umfasst die Krankheitsgeschichte einschließlich der bisherigen operativen Eingriffe sowie eine Beurteilung der psychosozialen Anpassung.

**19. Was wird im Detail untersucht?** (z. B. Organsysteme, psychische Befindlichkeit usw.)

**24.1 Welche Screeninginstrumente werden bei der Untersuchung eingesetzt?**

**24.2 Was erfassen diese Instrumente?**

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des starken Zusammenhangs der Fragen 19, 24.1 und 24.2 werden diese an dieser Stelle gemeinsam behandelt und die Fragen 24.1 und 24.2 entsprechend vorgezogen.

- *In den betrachteten Ländern unterscheiden sich die Untersuchungsinhalte deutlich. Festzustellen ist aber, dass grundsätzlich in jedem Land eine Art 'Basisuntersuchung' stattfindet, die im Wesentlichen der allgemeinen klinischen/körperlichen Untersuchung ohne Gerätediagnostik entspricht. Einzig Italien weicht ab, dort haben die vorgenommenen Untersuchungen stets einen Bezug zum jeweiligen Arbeitsplatz und erfassen nicht den allgemeinen Gesundheitszustand des Jugendlichen.*
- *Werden über die klinische hinaus noch weitere Untersuchungen vorgenommen, so sind das Urinuntersuchungen (Deutschland, Frankreich und Österreich) sowie Sehtests beziehungsweise Farbsinnprüfungen (Deutschland, Frankreich, Niederlande).*
- *In Italien werden relativ viele Methoden im Bereich der Gerätediagnostik genannt, die wiederum nur dann gezielt Anwendung finden, wenn eine auf den Arbeitsplatz zurückzuführende Notwendigkeit gegeben ist.*
- *Über die deutschen Untersuchungsinhalte hinausgehend, werden in Finnland und den Niederlanden psychische Aspekte differenzierter erfasst.*
- *In den Niederlanden erfolgt eine sehr umfangreiche Beurteilung des Gesundheitsstatus des Jugendlichen mit dem Ziel, primär- und sekundärpräventive Maßnahmen einzuleiten.*
- *In den Vergleichsländern Italien und Frankreich haben die Untersuchungen einen eindeutigen Arbeitsbezug, auch die eingesetzten Untersuchungsinstrumente werden je nach potenzieller beziehungsweise tatsächlicher Arbeitsbelastung gewählt. Auch in Finnland ist ein Arbeitsbezug festzustellen. Dieser wird zwar an dieser Stelle nicht explizit genannt, ergibt sich aber aus den Angaben des finnischen Partners zu Frage 25.*
- *In Österreich werden keine Screeninginstrumente genutzt, in den Niederlanden berichten die Experten von Fragebögen und den erforderlichen medizinischen Instrumenten und Geräten, in Tschechien von Richtlinien zur Drogenprävention.*

In **Deutschland** handelt es sich um eine organbezogene klinische Untersuchung der Jugendlichen. Es erfolgt eine Farbsinnprüfung mit den entsprechenden Farbtafeln. Bei den Erst- und Nachuntersuchungen wird keine Gerätediagnostik vorgenommen. Was im Detail untersucht wird, hängt bei den Ergänzungsuntersuchungen vom Untersucher ab. Bei diesen wird auch Gerätediagnostik eingesetzt, der Einsatz der Geräte liegt dabei ebenfalls im Ermessen des untersuchenden Arztes.

Bezüglich der Screeninginstrumente werden Farbtafeln zur Farbsinnprüfung, Urin-teststreifen und Blutdruckmessgeräte eingesetzt. Die aufgeführten Instrumente erfassen Farbsinnstörungen, Blutdruck und Erkrankungen, die eine erhöhte Ausscheidung von weißen oder roten Blutkörperchen, von Eiweiß oder von Glukose im Urin zur Folge haben.

In **Finnland** werden der physische und psychische Status eines Jugendlichen untersucht. Es existieren allerdings keine generellen Screeninginstrumente, stattdessen werden Beispiele guter Praxis und bewährte Verfahren in Bezug auf die Gefährdung genutzt.

In **Frankreich** gehören zur Grunduntersuchung neben der klinischen Untersuchung in jedem Fall eine Urinanalyse und ein Sehtest. Diese Untersuchungen werden in Abhängigkeit von den individuellen Gefährdungen ggf. durch eine Audiometrie, Spirometrie und Laboruntersuchungen ergänzt. Dabei werden Screeningverfahren zur gezielten Untersuchung einzelner Organe oder Organsysteme (Augen und Gehör) in den Schuluntersuchungen uneinheitlich eingesetzt. Beispielhaft genannt sind wiederum Audiometrie (Hörtest), Sehtest, Tonometrie (Messung des Augeninnendrucks), Körpergrößenbestimmung, Körperumfangsmessungen, Gleichgewichtstestung und andere.

In **Italien** wird die ärztliche Untersuchung im Falle von Gefährdungen bezüglich eines spezifischen Risikos auf die instrumentelle Bewertung der Gefahren am Arbeitsplatz durch die gezielte Untersuchung betroffener Organe ausgerichtet, z. B. die Untersuchung der Sehorgane aufgrund der Exposition durch Videoterminals oder die Untersuchung der Hörorgane aufgrund der Exposition durch Lärm. Bei Bedarf können weitere Kontrollen durch Spezialisten vorgeschrieben werden.

Screeninginstrumente werden in Italien nur zur Erfassung der Funktionalität von bestimmten Körperorganen tätigkeitsabhängig im Falle der Exposition gegenüber bestimmten Gefahren am Arbeitsplatz eingesetzt. Beispiele sind hier EKG und Röntgen bei Beschäftigung mit Fokus auf manuelle Handhabung, Audiometer bei Lärmexposition, Sehtests bei Arbeit an Videoterminals und Spirometrie bei Beschäftigungen im Bergbau.

In den **Niederlanden** dienen die Inhalte der Vorsorgeuntersuchungen der Beurteilung von Meilensteinen zur körperlichen, psychischen, sozialen und kognitiven Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr. Die Untersuchungen werden von Ärzten in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal durchgeführt. Wachstumsstörungen, Übergewicht, Defizite in der motorischen Entwicklung, Rechen- und Sprachstörungen, Beeinträchtigungen des Gehörs und Sehfehler, sowie psychosoziale Probleme wie Angst, Depression, Aggression und Kontaktstörungen sollen mit den Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkannt werden, um gegebenenfalls im Sinne der Primär- und Sekundärprävention frühzeitig intervenieren zu



können. Es werden Fragebögen sowie die für eine klinische Untersuchung erforderlichen medizinischen Instrumente und Geräte eingesetzt.

In **Österreich** besteht die Untersuchung aus einer Basisuntersuchung, die eine körperliche Untersuchung, eine Harnuntersuchung und eine Gesundheitsberatung beinhaltet. Die Untersuchungen in den darauf folgenden Jahren kontrollieren die Ergebnisse der Basisuntersuchung beziehungsweise ergänzen diese durch Schwerpunktuntersuchungen. Es kommen keine speziellen Screeninginstrumente zum Einsatz.

In **Tschechien** erfolgen die Untersuchungen anhand von präventiven kindermedizinischen Richtlinien, werden von Kinderärzten organbezogen durchgeführt und haben keinen speziellen Bezug zum Arbeitsleben.

Es werden die Richtlinien zur Drogenprävention bei Jugendlichen, die erfassen, ob ein Drogenmissbrauch vorliegt (CRAFFT Skala), angewendet.

**Tabelle 12:** Untersuchungsinhalte und Screeninginstrumente

|             | Untersuchungsinhalte   | Screeninginstrumente   |
|-------------|--|--|
| Deutschland | organbezogene klinische Untersuchungen und Begutachtung hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten, Farbsinnprüfung, Gerätediagnostik; nur bei den Ergänzungsuntersuchungen im Ermessen des Untersuchers | Farbtafeln zur Farbsinnprüfung, Urinteststreifen und Blutdruckmessgeräte, erfassen Farbsinnstörungen, Blutdruck und Erkrankungen, die eine erhöhte Ausscheidung von weißen oder roten Blutkörperchen, von Eiweiß oder von Glukose im Urin zur Folge haben. |
| Finnland    | physischer und psychischer Status  | keine generellen Screeninginstrumente. Beispiele guter Praxis/bewährte Verfahren in Bezug auf die Gefährdung werden genutzt.   |
| Frankreich  | klinische Untersuchung, Urinanalyse, Sehtest, ggf. Audiometrie, Spirometrie und Laboruntersuchungen bei entsprechender individuellen Gefährdung  | sehr unterschiedlich, Beispiele: Audiometrie, der Sehtest, die Tonometrie (Messung des Augeninnendrucks), Größenbestimmung, Körperumfangmessungen, Gleichgewichtstestung und andere zur gezielten Untersuchung einzelner Organe oder Organsysteme          |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| Italien     | Untersuchung der je nach Gefährdung am Arbeitsplatz betroffenen Organe   | nur bei der Beurteilung der Funktionalität von Zielorganen im Falle der Exposition gegenüber bestimmten Gefahren am Arbeitsplatz. Beispiele: manuelle Handhabung: EKG und Röntgen, Lärm: Audiometer; Videoterminals: Sehtest; Bergbau: Spirometer, etc.) zur Erfassung der Organfunktionalität. |
| Niederlande | Beurteilung von Meilensteinen zur körperlichen, psychischen, sozialen und kognitiven Entwicklung bis zum 19. Lebensjahr: Untersuchung auf Wachstumsstörungen, Übergewicht, Defizite in der motorischen Entwicklung, Rechen- und Sprachstörungen, Beeinträchtigungen des Gehörs und Sehfehler, psychosoziale Probleme wie Angst, Depression, Aggression und Kontaktstörungen. | Fragebögen und die erforderlichen medizinischen Instrumente und Geräte  |
| Österreich  | Basisuntersuchung: körperliche Untersuchung, Harnuntersuchung, Gesundheitsberatung. Folgende Untersuchungen kontrollieren die Ergebnisse der Basisuntersuchung oder ergänzen diese durch Schwerpunktuntersuchungen.  | keine   |
| Tschechien  | Organbezogene Untersuchung   | Richtlinien zur Drogenprävention zur Erfassung von Drogenmissbrauchsverhalten   |

## 20. Existieren Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen?

- *Für Deutschland wie auch für Österreich existieren keine spezifischen Untersuchungsleitlinien. In allen übrigen Vergleichsländern sind entsprechende Leitlinien vorhanden.*

In **Deutschland** wie auch in **Österreich** existieren keine spezifischen Untersuchungsleitlinien.

In **Finnland** existieren Untersuchungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen. Der **französische Partner** nennt in diesem Zusammenhang folgende Erkrankungen: Asthma, Allergien, Störungen des Bewegungsapparates, Sinnesorgane, psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen.

Auch in **Italien** existieren Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen. Diese werden von der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Industriehygiene herausgegeben und beziehen sich auf Lärm (2005), Impfung und Erste Hilfe (2006) sowie biologische Stoffe (2008).

In den **Niederlanden** gibt es bezüglich der Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen für die 0- bis 19-Jährigen Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen.

In **Tschechien** existieren ebenfalls Untersuchungsleitlinien für spezielle Erkrankungen, unter anderem zu Suchterkrankungen mit dem Ziel der Identifizierung von Drogenmissbrauch.

## 21. Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?

- *Lediglich in Finnland und Italien wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst, in den übrigen Vergleichsländern ist dies, der deutschen Situation entsprechend nicht der Fall.*

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in **Deutschland** nicht erfasst, das entspricht der Situation in **Frankreich**, den **Niederlanden**, **Österreich** und **Tschechien**.

In **Finnland** wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst, dies zeigt sich unter anderem in einer rasanten Zunahme der Anzahl der Fragebögen zu Gesundheit und Wohlbefinden. Auch der **italienische** Partner gibt eine Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität an, erläutert dies aber nicht weiter.

## 22. Sind die Untersuchungsinhalte gesetzlich verankert?

- *In Deutschland sind die Untersuchungsinhalte in der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung und deren Anhang festgeschrieben. Eine entsprechende Verankerung ist damit in Deutschland eine Einmaligkeit unter den betrachteten Ländern, denn in keinem der Vergleichsländer besteht eine gesetzliche Verankerung der Untersuchungsinhalte.*

In **Deutschland** muss das Ergebnis der Erst- und Nachuntersuchungen des Jugendlichen mit dem Untersuchungsbogen, so wie er in der Anlage der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung enthalten ist, festgehalten werden. Damit ist festgelegt, dass eine körperliche Untersuchung mit Längenmessung und Gewichtsbestimmung, eine semiquantitative Bestimmung im Urin mittels Urinteststreifen und eine Farbsinnprüfung erfolgen müssen. Die Untersuchungsinhalte sind in der Jugendarbeitsschutzverordnung und deren Anhang festgeschrieben.

In **Finnland**, **Frankreich**, **Italien**, den **Niederlanden**, **Österreich** und **Tschechien** sind die Untersuchungsinhalte hingegen nicht gesetzlich verankert.

### 23. Besteht die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Auffälligkeiten zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen?

- *Die Experten aus Deutschland wie auch die aller anderen Länder außer Frankreich geben an, dass zusätzliche ergänzende Untersuchungen genutzt werden können. In Frankreich wird für weitergehende Untersuchungen allerdings auf die Arbeitsmedizin verwiesen, sodass davon auszugehen ist, dass entsprechende Möglichkeiten ebenfalls bestehen.*
- *In den Niederlanden und Österreich sind entsprechende Untersuchungen fakultativ, in Tschechien sind sie meist verpflichtend, in Finnland und Italien wird zwischen fakultativen und obligatorischen Untersuchungsgegenständen unterschieden.*

In **Deutschland** besteht die Möglichkeit der Durchführung vorzeitiger Nachuntersuchungen sowie der Veranlassung von Ergänzungsuntersuchungen, ohne dass dabei die regulären Intervalle der Erst- und Nachuntersuchungen beeinträchtigt werden.

Bei Auffälligkeiten besteht auch in **Finnland** die Möglichkeit, ergänzende Untersuchungen zu nutzen, die vom kommunalen Gesundheitsdienst angeboten werden. Die ergänzenden Untersuchungen sind, wie alle gesundheitlichen Vorsorgeaktivitäten und -untersuchungen freiwillig, lediglich spezielle Zusatzuntersuchungen, die psychische und gesundheitliche Störungen betreffen, sind obligatorisch.

Auch in **Italien** besteht bei gesundheitlichen Auffälligkeiten die Möglichkeit, ergänzende Untersuchungen zu nutzen. Sie sind nur dann obligatorisch, wenn die Gesundheitsschädigung mit einem speziellen berufsbezogenen Risiko verbunden ist oder die Tauglichkeit für die Arbeit bewertet wird. Anderenfalls wird der Arbeitnehmer vom Arbeitsmediziner an einen praktischen Arzt überwiesen.

In den **Niederlanden** haben bestimmte Auffälligkeiten in den Untersuchungen weiterführende Untersuchungen zur Folge. Diese Untersuchungen werden angeboten, sie müssen nicht wahrgenommen werden.

In **Österreich** wird bei auffälligen Befunden den Jugendlichen eine weitere Abklärung empfohlen. Diese ist jedoch für den Jugendlichen freiwillig.

In **Tschechien** besteht ebenfalls die Möglichkeit, zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen, deren fester Bestandteil meist eine Untersuchung hinsichtlich riskanter Verhaltensweisen ist. Darüber hinaus sind diese Zusatzuntersuchungen sogar meist verpflichtend.

**Frankreich** gibt an, dass die Möglichkeit, ergänzende Untersuchungen zu veranlassen bei den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht gegeben ist. Allerdings verweist der französische Partner bezüglich weitergehender Untersuchungen auf die Arbeitsmedizin, sodass davon auszugehen ist, dass bei Auffälligkeiten mit Arbeitsbezug ergänzende Untersuchungen möglich sind.

**25. Erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten? (z. B. WHO)**

- *In den Vergleichsländern Finnland, den Niederlanden und Italien werden der gegenwärtige gesundheitliche Zustand und das Belastungsspektrum Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten erfasst. Dies ist in Deutschland nicht der Fall. Tschechien gibt, vergleichbar mit der deutschen Situation an, dass keine ausreichende Erfassung stattfindet, während auch Österreich nicht von einer ausreichenden Erfassung ausgeht.*

In **Deutschland** erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten nicht.

Auch in **Tschechien** ist dies nicht beziehungsweise nicht ausreichend der Fall.

Ebenso gibt **Österreich** an, dass eine ausreichende Erfassung nicht mit hinreichender Sicherheit stattfindet.

In **Finnland** ist die Erfassung des gegenwärtigen gesundheitlichen Zustands und des Belastungsspektrums Jugendlicher durch die eingesetzten Screeninginstrumente gegeben. Die Untersuchungen werden dort individuell geplant und ausgerichtet auf arbeitsbedingte Gefährdungen und spezielle Arbeitsbelastungen.

Auch der **italienische** Partner macht entsprechende Angaben und nennt beispielhaft den Standard für MSD<sup>10</sup> des National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), europäische Standards für biologische Stoffe und nationale Standards die Lärmexposition betreffend.

Weiterhin erfassen in den **Niederlanden** die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den jeweiligen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten, während **Frankreich** diesbezüglich keine Angaben macht.

**26. Sind die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel?**

- *Alle antwortenden Vergleichsländer geben im Gegensatz zu Deutschland an, dass ihre eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel seien. Lediglich Österreich weist darauf hin, dass dort keine speziellen Screeninginstrumente zum Einsatz kommen.*

Die **deutschen** Experten (Bundesministerium für Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit) geben an, dass der zahlenmäßig erhebliche Unterschied von Krankheitsprävalenzen in Deutschland, wie er sich aus der Ge-

---

<sup>10</sup> Muskel-Skelett-Erkrankungen

genüberstellung der Zahlen von Erkrankungen aus den Untersuchungsergebnissen in den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen mit Erkrankungszahlen aus epidemiologisch gewonnenen Daten ergibt, zeigt, dass Krankheiten mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht mit hinreichender Genauigkeit diagnostiziert werden, was zusätzlich durch das relativ hohe Auftreten berufsbedingter Erkrankungen der Haut und der Atemwegsorgane bereits in den ersten Berufsjahren belegt wird.

**Finnland** hingegen bewertet seine Instrumente und Methoden, die in den ärztlichen Untersuchungen verwendet werden, als evidenzbasiert in Abhängigkeit der Gefährdungen am Arbeitsplatz, in der praktischen Durchführung hingegen nicht alle eingesetzten Instrumente als evidenzbasiert. Entwickelt wurden die eingesetzten Instrumente und Methoden in Finnland von Forschungsinstituten (Cochrane).

**Frankreich, Italien, die Niederlande und Tschechien** geben an, dass die dort eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel sind, erläutern dies allerdings nicht weiter, während **Österreich** darauf verweist, dass keine speziellen Screeninginstrumente zum Einsatz kommen.

## 27. Werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert?

- *In Deutschland wie auch in allen anderen Vergleichsländern mit Ausnahme von Frankreich werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert.*

In **Deutschland** werden die Ergebnisse mit den entsprechenden Untersuchungsbögen dokumentiert.

Auch in **Finnland** findet eine Dokumentation, aber keine zentrale Sammlung der Untersuchungsergebnisse statt.

In **Italien** findet ebenfalls eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse statt. Diese werden dort in einer persönlichen Fallgeschichte durch den Arbeitsmediziner im Betrieb dokumentiert und gesammelt.

In den **Niederlanden** findet eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in den Akten der Kinder und Jugendlichen statt, in **Österreich** werden diese für die jeweilige Einzeluntersuchung dokumentiert.

**Tschechien** dokumentiert die Untersuchungsergebnisse im Rahmen von medizinischen Aufzeichnungen über Patienten, dort findet z. B. auch der CRAFFT-Fragebogen Eingang.

**Frankreich** gibt an, dass die Untersuchungsergebnisse nicht gezielt gesammelt und erfasst werden. Die Ergebnisse der Schuluntersuchungen werden ausschließlich für den Einzelfall dokumentiert, während einige arbeitsmedizinische Zentren Statistiken erheben, was jedoch nicht vorgeschrieben und nicht generell üblich ist.

- 28. Existiert eine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchungen prüft?**
- 29. Wird die Qualität der Untersuchungen überprüft** (z. B. Qualitätsmanagements)?
- *In Deutschland wird die konkrete Durchführung der Untersuchungen durch den Arzt nicht überprüft. Das ist in Italien mit dem Service für Prävention und Sicherheit am Arbeitsplatz (SPRESAL) in jeder lokalen Gesundheitseinheit, dem Gesundheitsamt in den Niederlanden und der Ärztekammer, den Versicherungsanstalten, den Gesundheitsschutzeinheiten und den regionalen Gemeindeämtern in Tschechien der Fall.*
  - *Die Qualität der Untersuchungen wird in Deutschland nicht überprüft. Dies ist auch in Finnland, Frankreich und Tschechien der Fall. Frankreich weist allerdings darauf hin, dass einige arbeitsmedizinische Zentren die Qualität ihrer Untersuchungen freiwillig und zu eigenen Zwecken überprüfen.*
  - *In Italien wird die Qualität der Untersuchungen durch SPRESAL auf der Grundlage von nationalen und internationalen Standards überprüft, während auch in den Niederlanden Maßnahmen der Qualitätskontrolle für die Untersucher fest vorgeschrieben sind.*

In **Deutschland** haben die Aufsichtsbehörden die Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes zu kontrollieren. Der Überwachung von Ärzten sind allerdings auch wegen der ärztlichen Schweigepflicht Grenzen gesetzt.

In **Finnland** und **Frankreich** existiert keine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchungen prüft. Da in **Österreich** die Durchführung der Untersuchungen auf freiwilliger Basis erfolgt, ist auch dort keine Aufsicht, die die Durchführung der Untersuchungen durchführt, vorhanden.

In **Italien** existiert mit dem Service für Prävention und Sicherheit am Arbeitsplatz (SPRESAL), der in jeder lokalen Gesundheitseinheit angesiedelt ist eine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchungen prüft.

In den **Niederlanden** ist ein entsprechendes Kontrollorgan für die Durchführung der Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen mit dem Gesundheitsamt gegeben, während in **Tschechien** die dortige Ärztekammer, Versicherungsanstalten und die Gesundheitsschutzeinheiten der regionalen Gemeindeämter die Durchführung der Untersuchungen überprüfen.

Die Qualität der Untersuchungen wird in **Deutschland** wie auch in **Finnland**, **Österreich** und **Tschechien** nicht überprüft. Auch in **Frankreich** ist eine Überprüfung der Qualität der Untersuchungen nicht vorgeschrieben und erfolgt somit auch nicht, allerdings weist der französische Experte darauf hin, dass einige arbeitsmedizinische Zentren die Qualität ihrer Untersuchungen freiwillig und zu eigenen Zwecken kontrollieren.

In **Italien** wird die Qualität der Untersuchungen durch den Service für Prävention und Sicherheit am Arbeitsplatz (SPRESAL) auf der Grundlage von nationalen und inter-

nationalen Standards überprüft (z. B. ERS<sup>11</sup> und ATS<sup>12</sup> für die Spirometrie), während auch in den **Niederlanden** Maßnahmen der Qualitätskontrolle für die Untersucher fest vorgeschrieben sind.

**30.1 Werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert?**

**30.2 Was wird im Einzelnen erfasst?**

**30.3 Wofür werden diese Daten verwendet?**

**31. Werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung im weiteren Verlauf genutzt?**

- *In Deutschland sowie auch in Finnland, Italien, den Niederlanden und Tschechien werden die Daten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert, in Frankreich ist dies nicht der Fall.*
- *In Deutschland wie auch in Finnland und in Italien dient die Dokumentation der Untersuchungen alleine beziehungsweise in erster Linie der Erfassung der persönlichen Fallgeschichte sowie der Tauglichkeit für eine bestimmte Arbeitstätigkeit. In Deutschland wird anhand der Daten zudem überprüft, ob die geltenden Schutzvorschriften eingehalten werden.*
- *Finnland und Italien nutzen die Daten des Weiteren, um daraus Empfehlungen für arbeitsplatzbezogene Maßnahmen abzuleiten.*
- *Nur in Deutschland und Frankreich werden die erhobenen Daten im weiteren Verlauf nicht genutzt.*
- *Finnland, die Niederlande und Österreich geben an, dass der betreffende Jugendliche auf Basis der Daten bei Erfordernis Empfehlungen für die Weiterbehandlung und ähnliches erhält. Von einem entsprechenden Vorgehen der untersuchenden Ärzte ist in Deutschland, ohne dass dies explizit genannt wurde, jedoch ebenfalls auszugehen.*
- *In Tschechien werden die Daten darüber hinaus einer Statistik zugeführt. Auch in Italien werden diese ohne Bezug auf Alter oder Geschlecht für statistische und epidemiologische Zwecke weiterverwendet. In den Niederlanden werden sie ebenfalls als Grundlage zur Erarbeitung von Bezugsgrößen und zur Gewinnung epidemiologischer Daten genutzt.*

In **Deutschland** werden die Daten aus den einzelnen Untersuchungen mit den entsprechenden Untersuchungsbögen dokumentiert. Ziel der Untersuchungen ist die Beurteilung des Jugendlichen im Hinblick darauf, ob bestehende Erkrankungen, Vorerkrankungen oder der Entwicklungsstand Tätigkeitsausschlüsse nach sich ziehen, um zu verhindern, dass Jugendliche Tätigkeiten verrichten, die Gefährdungen für diese mit sich bringen.

Die erhobenen Befunde dienen der Beurteilung des Jugendlichen. Der Arbeitgeber hat die ärztlichen Bescheinigungen bis zur Beendigung der Beschäftigung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Jugendlichen aufzubewahren und der Aufsichtsbehörde sowie der Berufsgenossenschaft auf Verlangen zur Ein-

<sup>11</sup> European Spirometry Driving Licence Task Force

<sup>12</sup> American Thoracic Society



sicht vorzulegen. Die Daten werden damit zur Überprüfung der Einhaltung der Schutzvorschriften verwendet, eine Weiterverwendung der Daten zu epidemiologischen oder statistischen Zwecken erfolgt nicht. Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen werden im weiteren Verlauf nicht genutzt.

In **Finnland** werden die Untersuchungsdaten zwar dokumentiert, Einzeldaten aber nicht zusammengeführt. Entsprechend findet keine zentrale Erfassung statt und die Daten werden ebenfalls nicht weiterverwendet.

Die Ergebnisse der Untersuchungen hingegen werden weiterverwendet. Gesundheitsfördernde Aktivitäten werden von den Krankenschwestern und den Ärzten in Abhängigkeit der Untersuchungsergebnisse eingeleitet und der Jugendliche bei Erfordernis in die kommunale Gesundheitsversorgung oder Rehabilitation überwiesen. Basierend auf den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung werden dem Arbeitgeber arbeitsbezogene Aktivitäten empfohlen.

In **Frankreich** erfolgt die Weiterverwendung erhobener Untersuchungsbefunde in der Arbeitsmedizin ausschließlich zur Beurteilung hinsichtlich Tätigkeitsbeschränkungen bei besonderen Gefährdungen am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse werden im weiteren Verlauf nicht genutzt.

In **Italien** werden die Untersuchungsdaten der einzelnen Untersuchungen dokumentiert. Es ist eine persönliche gesundheitliche Fallgeschichte durch den Arbeitsmediziner im Betrieb anzufertigen und regelmäßig zu aktualisieren. Im Einzelnen wird die persönliche Gesundheitsgeschichte erfasst. Diese wird bei jeder ärztlichen Untersuchung modifiziert und ergänzt. Die Dokumentation zeigt das Ergebnis jeder ärztlichen Untersuchung und auf der Grundlage der Ergebnisse die Tauglichkeit eines Arbeitnehmers für einen Arbeitsplatz. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden im weiteren Verlauf wie folgt genutzt: Am Ende jeden Jahres stellt der im Betrieb verortete Arbeitsmediziner dem Arbeitgeber die gesammelten Untersuchungsdaten in anonymisierter Form zur Verfügung. Diese zeigen die allgemeine gesundheitliche Situation seiner Arbeitnehmer. Mit Hilfe dieser Daten kann der Arbeitsmediziner den Arbeitgeber bezüglich gesundheitsförderlicher Aktivitäten am Arbeitsplatz und die Arbeitsorganisation betreffend gezielt individuell beraten. Weiterhin ist der Arbeitsmediziner verpflichtet, die Daten ohne Bezug auf Alter oder Geschlecht zur lokalen Gesundheitseinheit zu schicken, die diese zum ISPEL weiterleiten kann. ISPEL leitet die Daten zum Gesundheitsministerium weiter, welches diese für statistische und epidemiologische Zwecke nutzt.

In den **Niederlanden** erfolgt eine Dokumentation der Untersuchungsdaten mit den Untersuchungsergebnissen in den Akten der Kinder und Jugendlichen. Es wird der körperliche Untersuchungsstatus erhoben und die körperliche und psychische Entwicklung erfasst. Die erhobenen Daten dienen der Beurteilung des Jugendlichen. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden für die Erarbeitung von Empfehlungen und als Grundlage zur Bestimmung von Bezugsgrößen sowie zur Gewinnung von epidemiologischen Daten genutzt.

In **Österreich** erfolgt keine fortlaufende Dokumentation von Untersuchungsergebnissen. Festgehalten wird lediglich die Anzahl der Untersuchungen. Spezielle weitergehende Auswertungen und Qualitätskontrollen erfolgen ebenfalls nicht. Die Ergebnisse der Untersuchungen führen dazu, dass den Jugendlichen bei entsprechenden

abklärungsbedürftigen Befunden eine weitere Abklärung oder Therapie empfohlen wird. Von der Möglichkeit, bei schwer gesundheitsbedrohlichen Befunden das Arbeitsinspektorat einzuschalten, welches dann mit der Lehrstelle Kontakt aufnimmt, wird nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht.

In **Tschechien** werden die Untersuchungsdaten der einzelnen Untersuchungen dokumentiert. Erfasst wird die Anzahl der Untersuchungen, während weiterhin eine Statistik zu Erkrankungen geführt wird. Die Daten werden für die Gesundheitspolitik verwendet und im weiteren Verlauf genutzt. Die Krankheitsstatistik wird ausgewertet, dies allerdings in der Regel ohne Bezug zum Arbeitsleben.

In **Frankreich** erfolgt keine Dokumentation der Daten aus den einzelnen Untersuchungen, weitere Informationen werden durch die französischen Partner nicht gegeben.

### 32. Lassen sich daraus auch rechtliche Konsequenzen ableiten (z. B. Beschäftigungsverbote)?

- *In Deutschland wie auch in Finnland, Frankreich, Italien und Tschechien lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen rechtliche Konsequenzen, insbesondere Beschäftigungsverbote oder -einschränkungen ableiten, in den Niederlanden und Österreich ist das nicht der Fall.*
- *In Tschechien kann es bei Nichtbeachten der durch die Ärzte auszusprechenden Beschäftigungsverbote beziehungsweise -einschränkungen zu rechtlichen Konsequenzen für die Ärzte kommen.*

In **Deutschland** sind die Beschäftigung eines Jugendlichen trotz nicht ordnungsgemäß durchgeführter Jugendarbeitsschutzuntersuchung und die Missachtung festgesetzter Tätigkeitsbeschränkungen Ordnungswidrigkeiten. Straf- und Bußgeldvorschriften sind im Jugendarbeitsschutzgesetz verankert. Die Aufsicht über die Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen obliegt der nach Landesrecht zuständigen (Aufsichts-) Behörde, die ihr Recht auf Einsichtnahme in die Untersuchungsbescheinigungen jederzeit ausüben kann.

In **Finnland** lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen ebenfalls rechtliche Konsequenzen ableiten. Ausgehend von den Untersuchungen sollen vorrangig gesundheitliche Gefahren und Gefährdungen beseitigt oder vermindert werden und der Arbeitnehmer keine Arbeitstätigkeit ausüben, die für diesen gesundheitsgefährdend ist. Mit einer ärztlichen Untersuchung, die aufdeckt, dass der Beschäftigte eine offensichtliche Tendenz zeigt, einer gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt zu sein, verbindet sich ein Beschäftigungsverbot.

Vergleichbar ist es auch in **Frankreich** gesetzlich geregelt, dass die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen einen Ausschluss für bestimmte Tätigkeiten, eine entsprechende Änderung des Einsatzes im Betrieb oder Änderungen in den Betriebsabläufen zur Folge haben können. Weiterhin sind Berufskrankheiten meldepflichtig.

Auch in **Italien** lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen rechtliche Konsequenzen ableiten. Im Falle der Diagnose berufsbedingter Erkrankungen muss der Arbeitsmediziner den Arbeitgeber informieren. Dieser muss die Informationen wiederum beim nationalen Versicherungsinstitut für Arbeit, Unfälle und Berufskrankheiten melden. Wenn ein Arbeitnehmer nicht für die Ausführung einer bestimmten Arbeitstätigkeit geeignet ist, muss er versetzt werden, ist das nicht möglich, kann er entlassen werden.

Auch in **Tschechien** werden rechtliche Konsequenzen genannt, diese beziehen sich auf die Diagnose bestimmter chronischer Erkrankungen. So führen einige chronische Erkrankungen dazu, dass die Möglichkeiten in der Berufswahl eingeschränkt sind. Diese Verwendungsausschlüsse wurden von medizinischen Fachgremien als Richtlinie für Ärzte erarbeitet und sind als solche in Kraft gesetzt. Ein Abweichen von diesen Richtlinien hat in Einzelfällen zu Beschwerden gegen untersuchende Ärzte vor der tschechischen Ärztekammer geführt und kann ernsthafte Konsequenzen für diese haben.

Weder in den **Niederlanden** noch in **Österreich** lassen sich rechtliche Konsequenzen aus Untersuchungsergebnissen ableiten.

### **33. Wer erhält Informationen zu Diagnosen und Befunden?** (z. B. Jugendlicher/Sorgeberechtigter, Arbeitgeber, Betriebsarzt usw.)

- *Die Informationen zu Diagnosen und Befunden erhält in Deutschland wie auch in allen anderen Ländern der Jugendliche selbst beziehungsweise der Sorgeberechtigte. Befunddaten werden nicht an den Arbeitgeber übermittelt, dieser erhält nur neutrale Informationen darüber, welche Tätigkeiten nicht ausgeführt werden dürfen.*
- *Entbindungen vom Datenschutz/der Schweigepflicht sind mit Erlaubnis des Jugendlichen möglich.*

In **Deutschland** erhalten ausschließlich der Jugendliche und sein Personensorgeberechtigter Informationen zu Befunden und Diagnosen.

Auch in **Finnland** erhalten zunächst die Jugendlichen die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung, mit ihrer Erlaubnis können die Informationen an die Eltern weitergegeben werden. Der Arbeitgeber erhält ausschließlich die Information, ob der Jugendliche die Tätigkeit ausführen kann oder nicht und kann keine medizinischen Befunde einsehen. Nur bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, kann der Beschäftigte dem Arbeitgeber erlauben, die Untersuchungsbefunde einzusehen.<sup>13</sup>

Gleiches gilt für **Frankreich**, wo ebenfalls der Jugendliche (Arbeitsmedizin), beziehungsweise das Kind/der Jugendliche und die Erziehungsberechtigten (Schulunter-

<sup>13</sup> Absatz 17 – Pflicht des betrieblichen Gesundheitsdienstes zu beraten und zu informieren: ... Jeder Arbeitnehmer sollte über, für ihn/sie relevante ärztlichen Untersuchungen, über den Grund der Durchführung, über die Untersuchungsergebnisse als auch ihre Interpretation und die Information anderer betrieblicher Gesundheitsdienste informiert sein. Der Arbeitgeber, der Ausschuss für Arbeitssicherheit am Arbeitsplatz und die Beauftragten für Arbeitssicherheit sind befugt alle relevanten Informationen über die Gesundheit der Arbeitnehmer und die Entwicklung der Arbeitsbedingungen zu bekommen.

Absatz 18 – Offenlegungen vertraulicher Informationen: Gesetzlich datengeschützte Informationen können nicht eingesehen werden ohne die Zustimmung desjenigen, dessen Daten geschützt werden.

suchungen) Informationen zu Diagnosen und Befunden erhalten. Der Arbeitgeber erhält lediglich eine Mitteilung darüber, ob der Jugendliche für die vorgesehenen Tätigkeiten aus medizinischer Sicht geeignet ist oder nicht. An den Arbeitgeber erfolgt keine Weitergabe von medizinischen Befunden oder Diagnosen.

Auch in **Italien** und den **Niederlanden** werden Informationen zu Diagnosen und Befunden der ärztlichen Untersuchungen ausschließlich an den untersuchten Jugendlichen und seine Eltern/Erziehungsberechtigten weitergegeben.

In **Österreich** erhält ausschließlich der Jugendliche Informationen zu Diagnosen und Befunden, in außergewöhnlichen Fällen die Eltern. Im Einverständnis mit Lehrling und Eltern können diese an den Betrieb weitergegeben werden.

In **Tschechien** gehen die Informationen bis zum 18. Lebensjahr an die Eltern, danach an den Jugendlichen selbst.

#### **34. Gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungswechsel?**

- *In Deutschland gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungsplatzwechsel. Dies ist auch in Finnland, Frankreich und Italien, nicht aber in den Niederlanden, Österreich und Tschechien der Fall.*
- *In Finnland beziehen sich entsprechende Regelungen nur auf einige Berufsgruppen.*
- *In Italien muss der Jugendliche bei einem Ausbildungswechsel erneut untersucht werden, während in Deutschland lediglich dem neuen Arbeitgeber die Bescheinigungen der durchgeführten Untersuchungen vor einer Beschäftigung vorliegen müssen.*

In **Deutschland** sind entsprechende Regelungen vom Jugendarbeitsschutzgesetz vorgegeben. Demnach darf der neue Arbeitgeber bei einem Ausbildungsplatzwechsel den Jugendlichen erst beschäftigen, wenn ihm die Bescheinigungen der durchgeführten Untersuchungen vorliegen.

In **Finnland** existieren gesetzliche Regelungen für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen bei Ausbildungswechsel, allerdings nur für einige Berufsgruppen, die spezielle Rechtsvorschriften zum Gesundheitsstatus ihrer Auszubildenden oder Studenten haben. Dies ist beispielsweise im Gesundheitswesen, bei der Marine und bei Sicherheitsdiensten der Fall.

Auch in **Italien** gibt es entsprechende Regelungen. Bei jedem Wechsel muss sich der Jugendliche (aber auch jeder andere Arbeitnehmer) unter Berücksichtigung spezifischer Tätigkeitsbereiche im Arbeitsleben von einem Arbeitsmediziner untersuchen lassen. Besteht der Verdacht, dass der Arbeitnehmer einem speziellen arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt ist, muss er regelmäßige Untersuchungen wahrnehmen.

In **Frankreich** existieren gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungsplatzwechsel, diese werden vom französischen Experten allerdings nicht weiter erläutert.

In den **Niederlanden** sowie in **Österreich** und **Tschechien** gibt es keine gesetzlichen Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungsplatzwechsel.

**35. Welchen rechtlichen Status haben die jeweiligen ärztlichen Untersuchungen beziehungsweise wie verbindlich sind sie?**

- *In Deutschland sind die Erstuntersuchung und die erste Nachuntersuchung für Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren obligatorisch, weitere Nachuntersuchungen hingegen fakultativ.*
- *In Finnland und Frankreich sind die entsprechenden Untersuchungen obligatorisch, in Italien nur teilweise, wobei auf Differenzierungen nicht genauer eingegangen wird.*
- *In den Niederlanden, Österreich und Tschechien haben entsprechende Untersuchungen freiwilligen Charakter.*

In **Deutschland** sind die Erstuntersuchung und die erste Nachuntersuchung für Jugendliche im Alter von 15 Jahren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Pflichtuntersuchungen, weitere Nachuntersuchungen bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres sind Angebotsuntersuchungen.

In **Finnland** sind ärztliche Untersuchungen entsprechend der dortigen Rechtsvorschriften obligatorisch. Absatz 16 – 'Recht eines Beschäftigten sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen' aus der entsprechenden Gesetzgebung erläutert dies: „Ein Beschäftigter kann nicht ohne guten Grund eine ärztliche Untersuchung verweigern, nicht zu Beginn der Beschäftigung noch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz existieren oder wenn die Arbeitsfähigkeit eines Beschäftigten aufgrund der gesundheitlichen Anforderungen in Verbindung mit dem Arbeitsplatz untersucht werden sollen. Die ärztliche Untersuchung sollte in beiderseitigem Einverständnis durchgeführt werden“.

Auch in **Frankreich** sind die Untersuchungen verpflichtend. Gleiches gilt für **Italien**, wo die ärztlichen Untersuchungen Jugendlicher gesetzlich begründet sind, da mit der Untersuchung die Tauglichkeit für einen Arbeitsplatz ermittelt und gegebenenfalls mit Unterschrift vom Untersucher bestätigt wird und die entsprechende Bescheinigung Voraussetzung dafür ist, dass die Arbeit ausgeübt werden kann.

In den **Niederlanden** sind die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen freiwillig. Auch in **Österreich** sind diese als reine Angebotsuntersuchungen konzipiert. Entsprechendes gilt aktuell noch für **Tschechien**, ein neues Gesetz über spezielle Gesundheitsdienste, das verpflichtende Untersuchungen für Jugendliche einführen soll, ist allerdings in Vorbereitung.

### 36. Welche Konsequenzen ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung?

- *In Deutschland wird bei Nichtdurchführung der Untersuchung ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen, dies ist auch in Frankreich der Fall. In Finnland ist ebenfalls die Aufnahme in das Beschäftigungs- bzw. das Ausbildungsverhältnis gefährdet, in Frankreich wird von wirtschaftlichen Sanktionen und Strafmaßnahmen für den Arbeitgeber, den betrieblichen Arbeitsmediziner und den Arbeitnehmer gesprochen.*
- *In den Niederlanden, Österreich und Tschechien ergeben sich aufgrund des dortigen freiwilligen Charakters der Untersuchungen auch keine Konsequenzen bei Nichtdurchführung.*

Die Durchführung der Erst- und ersten Nachuntersuchung ist in **Deutschland** Voraussetzung zur Beschäftigung. Wenn diese Untersuchungen nicht innerhalb der festgesetzten Intervalle stattfinden, tritt automatisch ein Beschäftigungsverbot ein. Wird der Jugendliche dennoch beschäftigt, kann dies mit einer Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Unter besonderen Voraussetzungen kommt auch eine Strafbarkeit in Betracht. Auch in **Frankreich** ist die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung Bedingung für die Arbeitsberechtigung im Ausbildungsverhältnis.

Ähnliches gilt für **Finnland**, wo die Möglichkeit der Beschäftigung oder des Beginns eines Ausbildungsverhältnisses gefährdet ist.

In **Italien** ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung in Abhängigkeit von der persönlichen Haftbarkeit wirtschaftliche Sanktionen und Strafmaßnahmen für den Arbeitgeber, für den betrieblichen Arbeitsmediziner und für den Arbeitnehmer.

In den **Niederlanden, Österreich und Tschechien** ergeben sich aufgrund des fakultativen Charakters der Untersuchungen keinerlei Konsequenzen aus der Nichtdurchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.

In Tschechien erhält der Arzt bei nicht ordnungsgemäßer Durchführung von ärztlichen Untersuchungen eine Ermahnung, im Extremfall kann ihm die Zulassung entzogen werden.

### 37. Welche Qualifikationsanforderungen werden an die durchführenden Ärzte oder andere dafür verantwortliche Personen gestellt?

- *Im Vergleich ist nur in Deutschland und in Österreich (abgesehen von Schuluntersuchungen, für die in Österreich eine Zusatzausbildung durch die regionale Ärztekammer erforderlich ist) die ärztliche Approbation ausreichende Qualifikation für die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.*
- *In Finnland, Frankreich und Italien muss der durchführende Arzt beziehungsweise das medizinische Fachpersonal eine Qualifikation im Bereich betrieblicher/arbeitsmedizinischer Versorgung vorweisen können, beziehungsweise eine Facharztausbildung im Bereich Arbeitsmedizin absolviert haben.*

- *In den Niederlanden und Tschechien werden die Untersuchungen durch Jugend- beziehungsweise Kinderärzte durchgeführt.*

**Tabelle 13:** Qualifikationsanforderungen

|             | Qualifikationsanforderungen   |
|-------------|---|
| Deutschland | ärztliche Approbation   |
| Finnland    | Arbeitsmediziner, andere zugelassene Ärzte oder ‚Public Health Nurses‘, die qualifiziert und geschult sind, um eine betriebliche gesundheitliche Betreuung zu gewährleisten = Vollbeschäftigte Ärzte müssen einen arbeitsmedizinischen Hintergrund haben, teilzeitbeschäftigte Ärzte müssen arbeitsmedizinische Inhalte im Rahmen ihres Studiums belegt haben, Experten der betrieblichen Gesundheitsversorgung können Psychotherapeuten oder Psychologen sein, die ausreichende Kenntnisse im Bereich betriebliche Gesundheitsversorgung, berufliche Hygiene, Ergonomie und/oder technische Kenntnisse erworben haben oder Facharzt einer anderen medizinischen Disziplin sind.<br><br>Eine zugelassene ‚Public Health Nurse‘ in Vollzeit sollte als Qualifikation ein Studium an einer Fachhochschule für betriebliche Gesundheitsversorgung abgelegt haben. Gemessen wird die ‚ausreichende Qualifikation‘ in Credit Points. |
| Frankreich  | Schulärzte einjähriger Ausbildungsgang an der Nationalen Öffentlichen Gesundheitsschule<br>ansonsten Facharzt Ausbildung Arbeitsmedizin   |
| Italien     | Abschluss in Medizin und eine Spezialisierung in Arbeitsmedizin   |
| Niederlande | Facharztanerkennung als Jugendmediziner   |
| Österreich  | Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt, für Schulärzte eine Ausbildung durch die regionale Ärztekammer   |
| Tschechien  | praktischer Kinderarzt  |

Einzigste Voraussetzung für die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ist in **Deutschland** die ärztliche Approbation. Eine Facharztbezeichnung oder andere Qualifikationen werden vom Arzt nicht verlangt.

In **Finnland** gibt es für verschiedene Berufe Rechtsvorschriften bezüglich der Qualifikation der Untersuchenden. Im ‚Occupational Health Care Act‘ ist festgeschrieben, dass Fachleute und Experten der betrieblichen Gesundheitsversorgung vom Arbeitgeber für den betrieblichen Gesundheitsschutz zu bestellen sind. Gemeint sind Arbeitsmediziner oder andere zugelassene Ärzte oder Krankenschwestern, die qualifiziert und geschult sind, um eine betriebliche gesundheitliche Betreuung zu gewähr-

leisten.<sup>14</sup> Vollbeschäftigte Ärzte in der betrieblichen Gesundheitsversorgung können nur Ärzte sein, die einen arbeitsmedizinischen Hintergrund haben. Ein teilzeitbeschäftigter Arzt muss im Rahmen seines Studiums in den letzten zwei Jahren mindestens sieben Credit-Points zu arbeitsmedizinischen Inhalten erworben haben.

Ein Experte der betrieblichen Gesundheitsversorgung kann ein Psychotherapeut oder Psychologe sein, der ausreichend Kenntnisse über die betriebliche Gesundheitsversorgung, die berufliche Hygiene, die Ergonomie und/oder technische Kenntnisse besitzt (mindestens sieben Credit-Points in den letzten zwei Jahren) oder ein Facharzt einer anderen medizinischen Disziplin ist.

Eine zugelassene Krankenschwester, die Vollzeit in der betrieblichen Gesundheitsversorgung beschäftigt ist, muss eine qualifizierte 'Public Health Nurse' sein und in den letzten zwei Jahren an einer Fachhochschule betriebliche Gesundheitsversorgung mit mindestens sieben Credit-Points studiert haben.

Das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit überwacht den Einsatz und die Ausbildung von Experten und Spezialisten der betrieblichen Gesundheitsversorgung.

In **Frankreich** müssen Schulärzte einen einjährigen Ausbildungsgang an der Nationalen Öffentlichen Gesundheitsschule absolvieren (Ecole des hautes etudes de santé publique), für Arbeitsmediziner ist eine entsprechende Facharztausbildung gefordert.

In **Italien** muss der im Betrieb verortete Arbeitsmediziner einen Abschluss in Medizin und eine Spezialisierung in Arbeitsmedizin aufweisen.

In den **Niederlanden** ist die Facharztanerkennung als Jugendmediziner Qualifikationsvoraussetzung für die Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.

In **Österreich** ist neben der Berufserlaubnis, der sogenannte ius practicandi, also das Recht zur ärztlichen Berufsausübung (Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt), für Schulärzte eine Ausbildung durch die regionale Ärztekammer Qualifikationsvoraussetzung für die Durchführung der Schuluntersuchung. Für die Lehrlingsuntersuchung gibt es neben der ius practicandi keine weitere Voraussetzung.

In **Tschechien** muss der Durchführende ein praktischer Kinderarzt sein.

### **38. Werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder Sonstiges konkretisiert?**

- *In Deutschland werden die Qualifikationsanforderungen nicht durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder Sonstiges konkretisiert. Dies ist ebenfalls in Frankreich, Italien, Österreich und Tschechien der Fall.*
- *In Finnland halten Leitlinien die Qualifikationsanforderungen an die Untersuchenden fest. Weiterhin existieren Leitlinien für gute Praxis betrieblicher Gesundheitsversorgung, die ebenfalls Informationen zu Qualifikationsanforderungen enthalten.*
- *In den Niederlanden begründet die Jugendgesundheitsfürsorge Leitlinien, Qualitätsstandards und die Umsetzung von Regeln.*

<sup>14</sup> Act on Health Care Professionals (559/1994).



In **Deutschland** werden die Qualitätsanforderungen nicht durch Leitlinien oder Ähnliches konkretisiert, das entspricht der Situation in **Frankreich, Italien, Österreich** und **Tschechien**.

Abweichend davon existieren in **Finnland** Leitlinien, die Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden ärztlicher Untersuchungen festlegen. Eine Publikation mit Leitlinien für gute Praxis betrieblicher Gesundheitsversorgung enthält Informationen zu Qualifikationsanforderungen.

In den **Niederlanden** wird die Realisierung von Qualitätsstandards von der Jugendgesundheitsfürsorge gestützt, die Leitlinien, Qualitätsstandards und die Umsetzung von Regeln begründet.

### 39. Existieren spezifische Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für die durchführenden Ärzte/verantwortliche Personen?

- *In Deutschland wie auch in Tschechien werden spezifische Fortbildungen und Qualifikationen angeboten, die Teilnahme daran ist jedoch für die Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht obligatorisch.*
- *In Finnland, Italien und den Niederlanden sind die spezifischen Fortbildungen/Zusatzqualifikationen obligatorisch.*
- *In Frankreich existieren keine entsprechenden Fortbildungen/Zusatzqualifikationen, in Österreich nur für die Schulärzte. Dort gibt es des Weiteren zwar Fortbildungen für Arbeitsmediziner, aber diese sind nicht Voraussetzung für die Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.*

In **Deutschland** gibt es zwar spezifische Fortbildungen und Qualifikationen für Ärzte, welche jedoch keine Voraussetzung zur Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen sind, sodass es im Ermessen des Arztes liegt, sich diesbezüglich fortzubilden.

Ähnlich stellt sich die Situation in **Tschechien** dar, wo spezifische Fortbildungen in der Jugendmedizin und in der Arbeitsmedizin auf freiwilliger Basis angeboten werden.

In **Österreich** erfolgt die Ausbildung von Schulärzten durch die regionale Ärztekammer. Spezifische Fortbildungen und Weiterbildungen für Ärzte und medizinisches Fachpersonal, die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen durchführen, gibt es allerdings nicht. Jeder Arzt mit Bewilligung zur Berufsausübung (ius practicandi), der auch Arbeitsmediziner werden will, muss eine gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung abschließen.<sup>15</sup>

In **Finnland** existieren spezifische Fortbildungen für die Durchführenden in Form von Trainingsplänen für Ärzte und für Krankenschwestern. Ärzte und Krankenschwestern

---

<sup>15</sup> Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Konsumentenschutz über die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzten BGBl 1995.

in der Allgemeinmedizin haben ihre eigenen Trainingspläne. Ein regelmäßiges Evaluationssystem gibt es allerdings nicht.

Auch in **Italien** gibt es entsprechende Fortbildungen für die durchführenden Ärzte. Obligatorische berufliche Fortbildungskurse müssen jährlich im Rahmen eines Programms für kontinuierliche medizinische Bildung zertifiziert werden.

In den **Niederlanden** gibt es spezielle Fortbildungskurse und Zusatzqualifikationen für Ärzte und medizinisches Fachpersonal. Die Ärzte sind ausgebildete Fachärzte für Jugendmedizin, die Krankenschwestern haben eine Zusatzausbildung absolviert.

In **Frankreich** gibt es keine spezifischen Fortbildungen für die durchführenden Ärzte und verantwortlichen Personen im Bereich der Jugend(arbeits-)untersuchungen.

#### **40.1 Sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge?**

#### **40.2 Existiert ein spezifisches Untersuchungskonzept?**

#### **40.3 Wie lässt sich dieses Konzept in seinen Grundzügen charakterisieren?**

- *In Deutschland wie auch in Italien, den Niederlanden, und Tschechien sind die ärztlichen Untersuchungen nicht Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Österreich gibt zwar an, dass ärztliche Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge sind, weist allerdings darauf hin, dass keine Verknüpfung zwischen Jugendarbeitsschutzuntersuchung und arbeitsmedizinischer Vorsorge besteht, sodass davon ausgegangen werden muss, dass hier keine Verbindung besteht.*
- *In Finnland und Frankreich sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge.*
- *In Deutschland existiert ebenso wie in Italien, den Niederlanden und Tschechien kein spezifisches Untersuchungskonzept.*

In **Deutschland** sind die ärztlichen Untersuchungen nicht Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Es existiert ferner kein spezifisches Untersuchungskonzept, dies entspricht der Situation in **Italien**, den **Niederlanden** und **Tschechien**.

In **Finnland** hingegen sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge, ein spezifisches Untersuchungskonzept existiert allerdings ebenfalls nicht. Generell dient eine ärztliche Untersuchung der Prüfung der Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit und der funktionellen Belastbarkeit anhand klinischer Untersuchungsinstrumente oder anderer angemessener und reliabler Methoden zum Zweck der Gesundheitsförderung. Ziele sind:

- die Identifikation arbeitsbedingter Erkrankungen und die Ergreifung notwendiger Maßnahmen zur Verhinderung dieser,
- die Beurteilung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit, die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und funktionellen Belastbarkeit der Beschäftigten und die Überwachung der Faktoren, die dies beeinträchtigen,
- die Beschaffung von Informationen über die Beschäftigten, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsklima,

- die Information über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Probleme am Arbeitsplatz, die sichere Handhabung von Arbeitsverfahren einschließlich der Nutzung von personenbezogener Schutzausrüstung und
- die Einleitung notwendiger Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Inhalt der ärztlichen Untersuchung variiert in Abhängigkeit von den Arbeitsanforderungen, den vorhandenen Stoffen am Arbeitsplatz sowie der Charakteristika des zu Untersuchenden (Alter, Geschlecht, physiologischer Status). Frühere Gefährdungen, Gefährdungen des Arbeitnehmers, die nicht mit dem Arbeitsplatz verbunden sind sowie Arbeitsbedingungen sollten bei der Untersuchungsplanung mit einbezogen werden.

In **Frankreich** sind die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Es gibt keine Ergänzungsuntersuchungen. Im Falle des Auftretens auffälliger Befunde werden diese durch weitergehende arbeitsmedizinische Untersuchungen abgeklärt.

In **Österreich** sind die ärztlichen Untersuchungen bei Jugendlichen ebenfalls Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge, eine Verknüpfung zwischen Jugendarbeitsschutzuntersuchung und arbeitsmedizinischer Vorsorge gibt es allerdings nicht.

#### 41. Welche Kosten entstehen durch eine ärztliche Untersuchung?

- *Neben Deutschland (23,31€ pro Untersuchung, bei Ergänzungsuntersuchungen Abrechnung mit einfachem Satz nach GOÄ) macht nur noch Österreich Angaben zu den genauen Kosten (durchschnittlich (2007) 40,40€ bei einer Spanne von 25 bis 88€).*
- *Alle anderen Staaten machen keine Angabe beziehungsweise verweisen darauf, dass die Kosten nicht erfasst würden beziehungsweise sehr unterschiedlich seien.*

In **Deutschland** belaufen sich die Kosten für eine Erstuntersuchung und die Nachuntersuchungen gemäß Ziffer 32 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einfacher Satz auf 23,31€ pro Untersuchung, die im Rahmen von Ergänzungsuntersuchungen erbrachten ärztlichen Leistungen werden mit dem einfachen Satz nach GOÄ abgerechnet. Eine Kostenprüfung liegt im Ermessen der vergütenden Stelle und erfolgt nur in wenigen Einzelfällen. Einheitliche Kriterien, die zur Überprüfung von Kosten führen, sind nicht definiert.

In **Österreich** fielen 2007 durch Untersuchungskosten und eventuelle Fahrtkosten zur Untersuchung Beträge mit einem Durchschnittswert von 40,40€ pro Jugendlichen bei einer Spanne von 25 bis 88€ an. Diese umfassen neben der ärztlichen Untersuchung den administrativen Aufwand wie Einladung, Dokumentation und Ähnliches. Das Honorar für die durchführenden Ärzte beziehungsweise der Satz, der den Kasseneinrichtungen refundiert wird, ist nicht einheitlich.

In **Finnland** gibt es zu den Kosten der Untersuchungen keine Statistik. Da diese abhängig von den Untersuchungsleistungen sind, sind nähere Angaben nicht möglich.

Ähnliches gilt für **Italien**, wo die Kosten der ärztlichen Untersuchungen von der Anzahl und der Art der Untersuchung, die durchgeführt wurde, abhängig sind und daher stark differieren.

Weder in **Frankreich** noch in den **Niederlanden** oder **Tschechien** erfolgt eine genaue Erfassung der Kosten für die Einzeluntersuchung, sodass dort auch keine statistische Auswertung möglich ist.

#### 42. Wer trägt die Kosten der ärztlichen Untersuchungen?

- *In Deutschland werden die Kosten von öffentlicher Hand, hier dem jeweiligen Bundesland getragen. Dies entspricht der Situation in den Niederlanden, wo die Gemeinden und Kommunen für die Finanzierung zuständig sind.*
- *In Finnland und Frankreich wird bezüglich der Kosten differenziert zwischen arbeitsbezogenen Untersuchungen, die der Arbeitgeber trägt, und solchen ohne Arbeitsbezug, die in Finnland die Kommunen, in Frankreich das Erziehungsministerium tragen.*
- *In Italien werden die Kosten alleine vom Arbeitgeber getragen, in Österreich von den Sozialversicherungsträgern.*

**Tabelle 14:** Kostenträger

|             | Kostenträger  |
|-------------|---|
| Deutschland | das jeweilige Bundesland, in dem der Jugendliche zum Zeitpunkt der Untersuchung seinen ersten Wohnsitz hat                  |
| Finnland    | Untersuchungen, die am Arbeitsplatz durchgeführt werden: Arbeitgeber;<br>ärztliche Untersuchungen für Jugendliche: Kommunen |
| Frankreich  | Schuluntersuchungen: Erziehungsministerium,<br>Jugendarbeitsschutzuntersuchungen: Arbeitgeber                               |
| Italien     | Arbeitgeber   |
| Niederlande | Gemeinden und Kommunen  |
| Österreich  | Sozialversicherungsträger   |
| Tschechien  | Sozialversicherung  |

Die Kosten der Untersuchungen trägt in **Deutschland** das jeweilige Bundesland, in dem der Jugendliche zum Zeitpunkt der Untersuchung seinen ersten Wohnsitz hat.

Ähnlich werden auch in den **Niederlanden** die Kosten regional und von öffentlicher Hand durch die Gemeinden und Kommunen getragen.

In **Finnland** zahlt der Arbeitgeber für Untersuchungen, die am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Die Kosten für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen werden von den Kommunen getragen. Auch in **Italien** übernimmt der Arbeitgeber die Kosten für die vorgenommenen Untersuchungen.

In **Frankreich** trägt das Erziehungsministerium die Kosten der Schuluntersuchung, für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen zahlt der Arbeitgeber.

In **Österreich** werden die Kosten der Untersuchungen primär über die Sozialversicherung von den Krankenkassen getragen, 50% der Untersuchungskosten und 60% der Fahrtkosten werden allerdings vom Bund ersetzt.

Auch in **Tschechien** erfolgt die Übernahme der Untersuchungskosten durch die Sozialversicherung.

**43. Gab es in den letzten zehn Jahren gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes?**

- *In Deutschland wie auch in Frankreich, den Niederlanden, Österreich und Tschechien gab es in den letzten zehn Jahren keine gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes.*
- *In Finnland und in Italien wurden gesetzliche Änderungen vorgenommen. In Finnland waren diese Teil der allgemeinen Gesundheitspolitik, in Italien wurden Änderungen vorgenommen, die die Tauglichkeit für die Arbeitstätigkeit, die Untersuchungsanlässe und Beschäftigungsverbote betreffen.*

In **Deutschland** gab es in den letzten zehn Jahren keine gesetzlichen Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes. Gleiches gilt für **Frankreich**, die **Niederlande**, **Österreich** und **Tschechien**.

**Finnland** hat im genannten Zeitraum gesetzliche Änderungen im Bereich der ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben vorgenommen, die im Kontext der allgemeinen Gesundheitspolitik standen.

Auch in **Italien** fanden gesetzliche Modifikationen statt. Dort existiert seit 1967 eine spezifische Gesetzgebung zum Gesundheitsschutz von jugendlichen Arbeitnehmern, die Änderungen fanden 1999 bis 2000 statt. Aktuell werden durch die italienische Gesetzgebung gemäß der Informationen des Länderexperten ärztliche Untersuchungen bereitgestellt, die zu Beginn des Arbeitsverhältnisses durchgeführt werden, um den gesundheitlichen Status des Jugendlichen und seine Tauglichkeit für die Arbeitstätigkeit zu bewerten. Wenn der Jugendliche keiner speziellen beruflichen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt ist, muss er sich auch keiner ärztlichen Untersuchung mehr unterziehen, außer er wird in das Gesundheitsüberwachungsprogramm des Betriebes aufgenommen, in welchem regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchgeführt werden. Die Abstände der Untersuchungen werden vom betrieblich verorteten Arbeitsmediziner festgelegt. Italienische Rechtsvorschriften zum Schutz von jugendlichen Arbeitnehmern verbieten es, Jugendliche an Arbeitsplätzen zu beschäftigen, die arbeitsbedingte Gefährdungen (physikalische, biologische und chemische Einwirkungen, Produktion und/oder Verarbeitung von Sprengstoffen und Gasen; Menerie, Schlachthof; Fließband, hohe/niedrige Temperaturen, Arbeit in Bergwerken

oder Steinbrüchen, Herstellung pharmazeutischer Produkte, Arbeit auf Werften) beinhalten beziehungsweise aufweisen.

#### 44. Wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten zehn Jahren geändert?

- *Die angewandte Methodik der Untersuchungen wurde in den letzten zehn Jahren in Deutschland wie auch in Frankreich, Österreich und Tschechien nicht geändert. In Tschechien ist allerdings ein neues Gesetz in Arbeit, das eine Änderung des methodischen Vorgehens bei ärztlichen Untersuchungen Jugendlicher vorsieht.*
- *Änderungen bezüglich der angewandten Methodik der Untersuchungen fanden in Finnland, Italien und den Niederlanden statt.*
- *In Finnland schlagen sich entsprechende Änderungen in dem Verständnis über die Wirksamkeit der Untersuchungen und der Einführung evidenzbasierter Methoden und Praktiken nieder.*
- *In Italien wurden im Rahmen des neuen Gesetzes 81/2008 zum Schutz der Arbeitnehmersundheit (Modifikation des bisher geltenden Gesetzes und Umsetzung der EU-Richtlinien) die Methoden ärztlicher Untersuchungen altersunabhängig für alle Arbeitnehmer geändert, um internationale Standards zu erfüllen.*
- *Der niederländische Partner machte keine detaillierten Angaben zu den gesetzlichen Änderungen.*

In **Deutschland** wie auch in **Frankreich** wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten zehn Jahren nicht geändert.

In **Finnland** fanden Änderungen statt, da sich das Verständnis über die Wirksamkeit der Untersuchungen geändert hat und die Einführung evidenzbasierter Methoden und Praktiken gegenwärtig vorherrschend ist.

Auch in **Italien** wurden Modifikationen vorgenommen. Im Rahmen des neuen Gesetzes 81/2008 zum Schutz der Arbeitnehmersundheit, welches das bisher geltende Gesetz modifiziert und seit 1994 die EU-Richtlinien umsetzt, wurden die Methoden ärztlicher Untersuchungen für alle Arbeitnehmer und unabhängig vom Alter geändert, um die Angleichung an internationale Standards zu gewährleisten.

Der **niederländische** Partner gibt an, dass eine Überarbeitung der Methodik der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in den letzten zehn Jahren stattgefunden hat, erläutert dies allerdings nicht weiter.

In **Österreich** fanden keine Änderungen statt, jedoch geben die Länderexperten an, dass dort seit längerem überlegt würde, die Untersuchung bei Jugendlichen inhaltlich und bezüglich der Datensammlung und –auswertung zu überarbeiten, gleiches gilt für die Schuluntersuchung, während in **Tschechien** bereits ein neues Gesetz in Ar-

beit ist, in dessen Rahmen das methodische Vorgehen bei ärztlichen Untersuchungen Jugendlicher geändert wird.

45. **Erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen auch eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte?**
46. **Existiert eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift?** → unabhängig von den ärztlichen Untersuchungen
47. **Existieren andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren?**
  - *In Deutschland, den Niederlanden und Österreich erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen keine Berufsberatung für Jugendliche im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte.*
  - *In Finnland, Italien und Tschechien sind berufsberatende Aspekte Teil der ärztlichen Untersuchungen bei Jugendlichen, in Finnland ist ein entsprechendes Vorgehen allerdings nicht systematisch organisiert.*
  - *In Frankreich besteht für den untersuchenden Arzt die Möglichkeit, Kontakt zu zuständigen Berufsberatern aufzunehmen.*
  - *In Tschechien werden insbesondere Hinweise für den richtigen Einsatz von Patienten mit chronischen Erkrankungen gegeben.*
  - *Andere Formen der Berufsberatung mit Bezug zu gesundheitlichen Aspekten unabhängig von den ärztlichen Untersuchungen existieren in Deutschland zumindest in institutionalisierter Form nicht. Im Einzelfall sei dies gemäß der Experten allerdings über die Agentur für Arbeit denkbar.*
  - *Auch in den Vergleichsländern sind keine entsprechenden anderen Beratungsmöglichkeiten vorgesehen. Einzige Ausnahme ist Finnland, wo entsprechende Berufsberatungen durch Experten von Schulbehörden organisiert werden.*
  - *Andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren, existieren in Deutschland nicht in institutionalisierter Form. Im Einzelfall sei dies wiederum über die Agentur für Arbeit denkbar. In Finnland, Italien und den Niederlanden bestehen ebenfalls keine weiteren Informationsmöglichkeiten.*
  - *Die übrigen Länder Frankreich, Österreich und Tschechien nennen das Einschalten von Berufsberatern über die Schulärzte, die Berufsberatung des Arbeitsmarktservice und das Internet.*

In **Deutschland** ist die Berufsberatung nicht Bestandteil der Untersuchung, mag jedoch im Einzelfall mit der Durchführung der Untersuchung erfolgen. Denkbar ist dies

des Weiteren im Einzelfall z. B. über die Agentur für Arbeit. Eine diesbezügliche Regelung existiert jedoch nicht, somit sind derartige Beratungsmöglichkeiten auch nicht institutionalisiert. Gleiches gilt für andere Möglichkeiten, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren.

In **Finnland** erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchung Jugendlicher eine Berufsberatung im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte. Diese ist jedoch nicht systematisch organisiert. Darüber hinaus gibt es Berufsberatungen, die auch gesundheitliche Aspekte in Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreifen und die von Schulbehörden organisiert werden. Bei Erfordernis werden Experten dazu eingeladen. Weiterhin existieren keine anderen Möglichkeiten, sich über die Berufswahl unter gesundheitlichen Aspekten zu informieren.

In **Frankreich** erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen keine Berufsberatung für Jugendliche im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte. Schulärzte haben jedoch die Funktion, Berufsberater einzuschalten, wenn sich aus gesundheitlichen Gründen Einschränkungen für bestimmte Tätigkeiten oder Berufe ergeben.

In **Italien** erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen eine Berufsberatung für Jugendliche, insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte. Durch die Ergebnisse der ärztlichen Begutachtung in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand und mögliche gesundheitliche Beeinträchtigung wie beispielsweise Allergien kann der Arbeitsmediziner den Jugendlichen beraten. Des Weiteren existieren weder eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift noch andere Möglichkeiten, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren.

In den **Niederlanden** erfolgt eine Berufsberatung für Jugendliche im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte weder im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen noch ist eine Berufsberatung mit Einbezug gesundheitlicher Inhalte bei der Berufswahl vorgesehen. Des Weiteren gibt es keine speziellen Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren.

In **Österreich** erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen weder eine Berufsberatung für Jugendliche im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte, noch ist eine Berufsberatung mit Einbezug gesundheitlicher Inhalte bei der Berufswahl vorgesehen. Der österreichische Partner nennt bezüglich anderer Informationsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang die Berufsberatung des Arbeitsmarktservice. Ein strukturiertes medizinisches Angebot ist in Österreich allerdings nicht etabliert, die Information über allgemein zugängliche Medien wie das Internet aber natürlich möglich.

In **Tschechien** erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte bei 13-Jährigen. In diesem Rahmen werden Empfehlungen für den richtigen Einsatz von Patienten mit chronischen Erkrankungen gegeben. Es existiert jedoch keine Form von Berufsberatung unabhängig von ärztlichen Untersuchungen für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift. Weitere Möglichkeiten für die Jugendlichen, sich über die Berufswahl und gesundheitliche Aspekte zu informieren, bietet das Internet.



## **Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/des Jugendarbeitsschutzes**

**48.1 Wie hoch ist die Zahl der Ausbildungsabbrüche in Folge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen?**

**48.2 Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?**

- *In Deutschland wie auch in allen anderen befragten Staaten können mangels entsprechender Daten weder Aussagen zur Zahl der Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen noch zu den daraus resultierenden Kosten gemacht werden.*
- *Finnland weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Ausbildungsabbrüche aufgrund gesundheitlicher Probleme sehr selten sind.*

In **Deutschland** können keine verlässlichen Angaben zur Zahl der Ausbildungsabbrüche in Folge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen gemacht werden. Eine Kostenerfassung findet dementsprechend ebenfalls nicht statt, sodass auch hier keine Informationen zur Verfügung stehen.

Auch in den Vergleichsländern **Finnland, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Österreich** und **Tschechien** existieren keine Zahlen dazu, wie viele Jugendliche ihre Ausbildung aus gesundheitlichen Problemen abbrechen und entsprechend auch keine Aufstellung der damit verbundenen Kosten. Der finnische Partner merkt zusätzlich an, dass Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen dort sehr selten vorkommen.

**49. Wie hoch ist die Anzahl von Berufskrankheiten bei Jugendlichen (Bitte geben Sie an, welche Altersklassen hier betrachtet werden)?**

**50. Um welche Berufskrankheiten handelt es sich?**

- *In Deutschland wurden bei Jugendlichen im Zeitraum zwischen 2003 und 2007 insgesamt 3887 Berufskrankheiten anerkannt.*
- *Die zahlenmäßigen Angaben zu den Berufserkrankungen unterscheiden sich erwartungsgemäß aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsgröße und der entsprechend unterschiedlichen Zahl von jugendlichen Beschäftigten sehr zwischen den befragten Ländern.*
- *Eine Dominanz von Hauterkrankungen und allergisch bedingten Atemwegserkrankungen ist in allen antwortenden Vergleichsstaaten zu erkennen. In Finnland treten zusätzlich Muskel-Skelett-Erkrankungen gehäuft auf.*

**Tabelle 15:** Zahl und Art der Berufskrankheiten

|             | Zahl der Berufskrankheiten   | Art der Berufskrankheiten   |
|-------------|--|---|
| Deutschland | Von 2003 bis 2007 insgesamt 3887 Berufskrankheiten   | hauptsächlich Haut- und allergisch bedingte Atemwegserkrankungen  |
| Finnland    | 56 (ohne Zeitangabe)   | 16 Muskel-Skelett-Erkrankungen, 3 Atemwegserkrankungen, 29 Hauterkrankungen und 8 andere                                |
| Frankreich  |  |   |
| Italien     | 23 bei 23.928 jugendlichen Beschäftigten 2003,<br>10 bei 25.140 jugendlichen Beschäftigten 2004,<br>11 bei 25.022 jugendlichen Beschäftigten 2005,<br>9 bei 24.912 jugendlichen Beschäftigten 2006,<br>10 bei 26.598 jugendlichen Beschäftigten 2007 | hohe Inzidenz von Hauterkrankungen (Dermatitis) und allergischem Asthma, wenige Fälle von lärmbedingter Schwerhörigkeit |
| Niederlande |  |   |
| Österreich  | 2006 bis 2008 (insgesamt 92)<br>16. Lebensjahr keine,<br>17. Lebensjahr 4 Personen<br>18. Lebensjahr 2006 und 2008 jeweils 12 Personen, 2007 9 Personen<br>19. Lebensjahr 2006 21, 2007 16 und 2008 10 Personen.<br>hauptsächlich Frauen             | Hohe Prävalenz bei Bäckerasthma und Kontaktdermatitis in Nassberufen  |
| Tschechien  | 4 in 2007  | Hauterkrankungen  |

In **Deutschland** ist die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten der 15- bis 20-Jährigen im Fünfjahreszeitraum der Jahre von 2003 bis 2007 nach BK-Ziffern numerisch aufsteigend sortiert in der folgenden Statistik aufgeführt:

**Tabelle 16:** Berufskrankheiten Jugendlicher in Deutschland 2003-2007

| BK-Nummer | Berufskrankheit           | Zahl bestätigter BK-Fälle in der Gruppe der 15- bis 20-Jährigen |
|-----------|---------------------------|---|
| 1201      | Kohlenmonoxid             | 4   |
| 1302      | Halogenkohlenwasserstoffe | 6   |
| 1304      | Nitro-, Aminoverbindungen | 1   |
| 1305      | Schwefelkohlenstoff       | 1   |

|      |                                     |      |
|------|-------------------------------------|------|
| 1306 | Methylalkohol                       | 1    |
| 1312 | Säuren (Zähne)                      | 1    |
| 2105 | Schleimbeutel                       | 2    |
| 2108 | Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen | 3    |
| 2301 | Lärm                                | 1    |
| 3101 | Infektionskrankheiten               | 16   |
| 3102 | Zoonosen                            | 6    |
| 4301 | Atemwegserkrankung allergisch       | 119  |
| 4302 | Atemwegserkrankung toxisch          | 5    |
| 5101 | Hautkrankheiten                     | 3721 |
|      | Zusammen                            | 3887 |

Auffällig sind hier die hohe Zahl von Hauterkrankungen und die hohe Zahl allergisch bedingter Atemwegserkrankungen.

In **Finnland** werden insgesamt 59 Berufskrankheiten bei der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen für das letzte Jahr der Erhebung genannt, davon 22 Männer und 34 Frauen. In 16 Fällen handelt es sich um Berufskrankheiten, die das Muskel-Skelett-System betreffen, in drei Fällen um Atemwegserkrankungen, in 29 Fällen um Hauterkrankungen und in acht Fällen um andere.

In **Italien** waren im Jahr 2002 287.000 Jugendliche in Beschäftigung, eine Zahl, die über die Jahre relativ konstant geblieben ist. Den Anteil jugendlicher an der Gesamtzahl der anerkannten Fälle von Berufskrankheiten verdeutlicht die folgende Aufstellung:

- 2003: 23 Jugendliche von 23.928 Berufskrankheitsfällen insgesamt
- 2004: 10 Jugendliche von 25.140 Berufskrankheitsfällen insgesamt
- 2005: 11 Jugendliche von 25.022 Berufskrankheitsfällen insgesamt
- 2006: 9 Jugendliche von 24.912 Berufskrankheitsfällen insgesamt
- 2007: 10 Jugendliche von 26.598 Berufskrankheitsfällen insgesamt

Die höchste Prävalenz liegt dabei im industriellen/gewerblichen Bereich, während in der Landwirtschaft im Wesentlichen keine Berufskrankheiten vorkommen. Ausgewertete Daten, die die Art der Berufskrankheiten und das Alter des Beschäftigten zusammenhängend beschreiben, existieren in Italien nicht.

Hinsichtlich der Art der Erkrankung zeigen Schätzwerte vom nationalen Versicherungsinstitut für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (INAIL) und ISPESL eine höhere Inzidenz von Hauterkrankungen (Dermatitis) und allergischem Asthma sowie wenige Fälle von lärmbedingter Schwerhörigkeit. Teile der Berichte beziehen sich auf so genannte arbeitsbezogene Erkrankungen, die nicht in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt sind.

In **Österreich** sind anerkannte Berufskrankheiten bei Jugendlichen sehr selten. Für die Jahre 2006 bis 2008 gibt folgende Aufschlüsselung Einsicht in die Prävalenz:

- 16. Lebensjahr keine
- 17. Lebensjahr jeweils vier Personen
- 18. Lebensjahr 2006 und 2008 jeweils 12 Personen, 2007 neun Personen
- 19. Lebensjahr 2006 21, 2007 16 und 2008 10 Personen

Der Großteil der Betroffenen sind dabei Frauen, während Bäckerasthma und Kontaktdermatitis in Nassberufen (Friseur, Wäscherei sowie eventuelle Gesundheitsberufe) die hauptsächlich vorkommenden Berufskrankheiten sind.

In **Tschechien** traten im Jahr 2007 vier Berufskrankheiten bei jugendlichen Arbeitnehmern bis 19 Jahre auf, dabei handelte es sich in allen Fällen um Hauterkrankungen.

Der **niederländische** wie auch der **französische** Partner geben an, dass für Ihr Land jeweils keine Aussagen zum Auftreten von Berufskrankheiten bei Jugendlichen getroffen werden können.

#### 51. Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?

- *Eine Erfassung der Kosten erfolgt weder in Deutschland, noch in Finnland, Österreich oder Tschechien. In Italien werden die Kosten zwar erfasst, die Daten werden allerdings nicht veröffentlicht. Die übrigen Staaten machten keine Angaben.*

Eine Erfassung der mit Berufskrankheiten bei Jugendlichen verbundenen jährlichen Kosten erfolgt in **Deutschland** nicht. Dies entspricht der Situation in **Finnland, Österreich** und **Tschechien**.

Da weder von **Frankreich**, noch von den **Niederlanden** Zahlen zum Auftreten von Berufskrankheiten bei Jugendlichen bereitgestellt werden können, kann entsprechend auch die Frage nach entstehenden Kosten nicht beantwortet werden.

Der **italienische** Partner gibt an, dass Daten zu Kosten von Berufskrankheiten zwar von INAIL und dem Ministerium für Wohlfahrt und Wirtschaft bearbeitet würden, da sie Auswirkungen auf die jährlichen Versicherungsprämien und die allgemeinen Gesundheitskosten haben, weil jede Berufskrankheit Kosten beim Arbeitgeber und beim INAIL verursacht, diese Daten aber nicht verfügbar seien.

#### 52. Wie hoch sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Diagnosen?

- *Entsprechende Informationen sind in Deutschland nicht verfügbar, dies ist auch in Finnland und in Österreich der Fall.*
- *In Italien wurden 2008 140 Arbeitsunfähige unter 19 Jahren registriert, darunter 68 Schädigungen durch Maschinen, 33 psycho-sensorische Schädigungen.*

gen, 4 kardio-respiratorische Schädigung und 35 andere Diagnosen. Der italienische Partner hat die Frage allerdings ausschließlich hinsichtlich aus arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen resultierender dauerhafter Arbeitsunfähigkeiten beantwortet.

- In Tschechien hatten 18.757 Jugendliche bis 17 Jahre AU-Zeiten, eine diagnosebezogene Statistik existiert nicht.

In **Deutschland** könnten Daten zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Diagnosen zwar aus den Statistiken der Krankenkassen gewonnen werden, eine Prüfung der Verlässlichkeit dieser Angaben ist jedoch nicht möglich und eine Auswertung unverhältnismäßig aufwändig. Es ist zu erwarten, dass aus der Verteilung von Diagnosen kein Bezug zu Berufen oder Tätigkeiten hergestellt werden kann, zumal Fehlzeiten nicht zwangsläufig krankheitsbedingt sind, jedoch Arbeitsunfähigkeiten mit einer Diagnose begründet werden (müssen). Weiterhin ist davon auszugehen, dass sich die Diagnosen weitgehend mit den Ergebnissen der epidemiologischen Daten aus der KiGGS-Studie decken.

Weder in **Finnland**, noch den **Niederlanden** oder **Frankreich** gibt es spezifische Daten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten von Jugendlichen. Auch in **Österreich** ist keine Aufschlüsselung von Arbeitsunfähigkeiten nach Dauer, Häufigkeit und Diagnosen möglich.

Der **tschechische** Partner gibt an, dass die Zahl der arbeitenden Jugendlichen bis 19 Jahre, die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen, gegenwärtig bei 18.757 Personen liegt, allerdings keine diagnosebezogene Statistik existiert.

Der **italienische** Partner hat die Frage ausschließlich hinsichtlich aus arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen resultierender dauerhafter Arbeitsunfähigkeiten beantwortet. Bis zum 31. Dezember 2008 wurden dort 140 dauerhaft arbeitsunfähige Menschen unter 19 Jahren registriert. Die Gesamtzahl von Arbeitsunfähigen lag bei 795.831. Nach Diagnosen unterschieden resultierten die Arbeitsunfähigkeiten in 68 Fällen aus Schädigungen durch Maschinen (64 Männer/4 Frauen), in 33 Fällen aus psycho-sensorische Schädigung (29 Männer/4 Frauen), in 4 Fällen aus kardio-respiratorische Schädigung (Männer) und in 35 Fällen aus anderen Diagnosen (33 Männer/2 Frauen). Die Analyse des Schädigungsgrades zeigt 96 Fälle mit einer mittleren Schädigung (11-33%, 87 Männer/9 Frauen), 37 Fälle mit einer schweren Schädigung (34-66%, 34 Männer/3 Frauen), 4 Fälle mit einer sehr schweren Schädigung (67-99%, 3 Männer) und 3 Fälle mit einer vollständigen Schädigung (100%, 3 Männer).

### 53. Werden die damit verbundenen jährlichen Gesamtkosten erfasst?

- Eine Erfassung der entsprechenden jährlichen Gesamtkosten erfolgt weder in Deutschland, noch in Finnland, den Niederlanden, Österreich oder Tschechien.
- In Italien findet eine detaillierte Kostenberechnung statt, die auch die Entschädigungskosten für die geschädigten Arbeitnehmer beinhaltet.

In **Deutschland** werden die mit Arbeitsunfähigkeitszeiten in Verbindung stehenden jährlichen Gesamtkosten nicht erfasst. Dies ist auch in **Finnland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich** und **Tschechien** der Fall.

Die Antwort des **italienischen** Partners bezieht sich, wie bereits in Frage 52 bemerkt, auf dauerhafte Arbeitsunfähigkeiten in Folge von arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen. In diesem Zusammenhang werden die durch Arbeitsunfähigkeiten Jugendlicher entstehenden jährlichen Kosten erfasst und detaillierte und präzise Kostenberechnungen durch INAIL zur Verfügung gestellt, da dieses Institut die Entschädigungskosten für die betroffenen Arbeitnehmer übernimmt.

**54. Werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet?**

- *In Deutschland werden die Daten nicht für eine nationale Gesundheitsstrategie oder die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen genutzt, zu diesem Zweck werden die KIGGS-Daten erhoben.*
- *Auch in Frankreich, den Niederlanden und Österreich dienen die Daten nicht für eine nationale Gesundheitsstrategie oder die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen.*
- *In Finnland werden allgemeine Daten zu arbeitsbedingten Erkrankungen genutzt, um neue Strategien zu entwickeln.*
- *In Italien werden Unfalldaten, Daten zu Art und Kosten von Berufskrankheiten zusammen mit Daten zu Arbeitsunfallzahlen und den daraus resultierenden Konsequenzen genutzt, um zukünftige Präventionsmaßnahmen zu planen, die in den nationalen Gesundheitsplan aufgenommen werden. Zudem nutzen Regierungsinstitutionen die Informationen, um neue politische und gesetzgebende Steuerungsmechanismen voranzubringen.*
- *In Tschechien dienen die Daten zu deskriptiven Zwecken sowie für regionale Maßnahmen im Bereich Gesundheit bei der Arbeit.*

In **Deutschland** werden die Daten aus den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet, zu diesem Zweck sollen die Daten aus der KiGGS-Studie genutzt werden. Die Ziele aus dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de sind allerdings nicht aus Erkenntnissen der KiGGS-Studie oder den Ergebnissen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gewonnen, da dies chronologisch nicht möglich ist. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) nutzt vorhandene Daten zur Umsetzung von Präventionszielen.

In **Finnland** werden vorhandene Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie verwendet. Allgemeine Daten zu arbeitsbedingten Erkrankungen werden genutzt, um neue Strategien zu entwickeln. Bei Arbeitsplatzbegehungen werden die Informationen gezielt verwendet und auch die arbeitsmedizinischen Dienste richten ihre Arbeit nach den vorhandenen Daten aus.

**Frankreich** verneint zwar eine Verwendung von Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen, da mit Abschluss der festgelegten 5-Jahrespläne zur Umsetzung von Gesundheits- und Präventionszielen jedoch regelmäßig aktuelle Daten in Form von Statistiken gewonnen werden, kann von einer entsprechenden Verwendung ausgegangen werden.

Der **italienische** Partner gibt an, dass die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie verwendet werden. Die Unfalldaten, die Art und die Kosten von Berufskrankheiten bei Jugendlichen und der allgemeinen arbeitenden Population werden zusammen mit Daten zu Arbeitsunfallzahlen und Konsequenzen aus Unfällen dazu genutzt, um zukünftige Präventionsmaßnahmen zu planen. Diese werden in den nationalen Gesundheitsplan aufgenommen. Weiterhin erhalten und nutzen Regierungsinstitutionen wie z. B. regionale Konferenzen und parlamentarische Untersuchungsausschüsse die Daten, um die Vorfälle zu begutachten und neue politische und gesetzgebende Steuerungsmechanismen voranzubringen.

In **Tschechien** werden Gesundheitsdaten über die gesundheitliche Verfassung Jugendlicher im Amt für medizinische Statistik gesammelt. Sie fließen unter anderem in den Datenpool der Regierungsstelle, die für die Rentenversicherung zuständig ist, ein. Mit diesen Daten ist es möglich, regionale Unterschiede bezüglich des Ausmaßes z. B. in Bezug auf Drogenabhängigkeit darzustellen. Die im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie verwendeten Daten dienen auch dazu, die staatliche Unterstützung der Beschäftigung in bestimmten Regionen in Tschechien zu lenken.

In den **Niederlanden** und **Österreich** ist die Verwendung von Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen nicht gegeben.

#### **55. Welche Auswirkungen hat dies auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf?**

- *In Deutschland erfasst die DGUV regelmäßig Daten und wertet sie aus. Auf dieser Basis werden überbetriebliche und betriebliche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Krankheitsprävalenzen zu senken und die Zahl von berufsbedingten Unfällen zu vermindern, entwickelt.*
- *Ähnlich sollen in Finnland durch Präventions- und Gesundheitsziele, die auf der Basis vorhandener Daten entwickelt wurden, arbeitsbezogene Aspekte Eingang in den Themenbereich finden.*
- *Auch in Italien soll das Bewusstsein für Probleme, die mit Prävention und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz verbunden sind, geschärft und die Einführung arbeitsbezogener Gesundheitsförderung und sozialer Verantwortung der Unternehmen gestärkt werden.*

In **Deutschland** werden durch die DGUV regelmäßig und zeitnah Daten erfasst und ausgewertet. Auf dem Boden dieser Datenerhebungen werden überbetriebliche und betriebliche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, die das

Ziel verfolgen, Krankheitsprävalenzen zu senken und die Zahl von berufsbedingten Unfällen zu vermindern.

In **Finnland** werden vorhandene Daten zu dem Zweck genutzt, auch arbeitsbezogene Aspekte als einen Teilbereich in das Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung zu integrieren.

In **Italien** hat das Bewusstsein über Probleme, die mit Prävention und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz von (jugendlichen) Arbeitnehmern verbunden sind, zur Einführung eines Workplace Health Promotion- (WHP) und eines Corporate Social Responsibility-(CSR)<sup>16</sup>Themenfeldes in die nationale Arbeitsschutzgesetzgebung geführt.

In den **Niederlanden, Frankreich, Tschechien** und **Österreich** sind keine Auswirkungen auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf bekannt.

**56. Existieren in Ihrem Land Konzepte/Programme/Studien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen (z. B. Evaluationsstudien)?**

- *In Deutschland wie auch in Finnland existieren Konzepte/Programme/Studien, die die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen, diese haben aber keinen direkten Bezug zum Arbeitsleben. Auch Österreich und Tschechien geben an, über entsprechende Konzepte/Programme/Studien zu verfügen. In Tschechien werden ebenfalls solche ohne Arbeitsbezug angegeben.*
- *In Italien und den Niederlanden existieren keine entsprechenden Konzepte/Programme/Studien.*
- *Frankreich verneint die Frage zwar, hat aber zuvor bereits von Erfolgen präventiver Strategien gesprochen, sodass davon auszugehen ist, dass auch hier entsprechende Konzepte/Programme/Studien vorhanden sind.*

In **Deutschland** existieren Konzepte/Programme/Studien und Ähnliches im Bereich der Gesundheitsvorsorge, nicht jedoch mit Bezug auf das Arbeitsleben.

In **Finnland** liegen einerseits allgemeine Studien über die Gesundheit Jugendlicher vor, diese enthalten jedoch keine arbeitsbezogenen Informationen, andererseits gibt es Studien, die arbeitsbezogene Aspekte enthalten, diese betrachten Jugendliche aber nicht als gesonderte Zielgruppe. Das finnische Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz führte ein Programm 'Young People and Work 2002 bis 2007' durch.

---

<sup>16</sup> Workplace Health Promotion bezeichnet die wissenschaftlich begründete Umsetzung sämtlicher Maßnahmen, deren Ziel es ist, die Lebensgewohnheiten am Arbeitsplatz dahin gehend zu gestalten, dass die Beschäftigten dauerhaft gesund bleiben. Corporate Social Responsibility bezeichnet das Konzept der Übernahme unternehmerischer Sozialverantwortung in der Gesamtgesellschaft. Dies beinhaltet Engagement für die Gesellschaft und Wissenschaft (Stiftungen, Bildung, gesellschaftlicher Zusammenhalt), Engagement für Umwelt- und Klimaschutz (Nachhaltigkeit, Lebenswerte Architektur, Energieeffizienz und -einsparung, CO<sub>2</sub>-Reduktionsziele, Mülltrennung und -recycling), Mitarbeiter (Aus- und Weiterbildung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Chancengleichheit, Arbeitssicherheit und Gesundheit), Jugendschutz (Verhaltenskodex, Internetzugangsbeschränkungen)



In **Tschechien** existieren Konzepte/Programme/Studien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen. Dazu zählen laut Angaben des Länderexperten beispielsweise die Prävention von risikobehafteten Verhaltensweisen Jugendlicher oder das Screening zur Reduktion von Substanzmissbrauch, sodass auch hier nicht von einem Bezug zum Arbeitsleben gesprochen werden kann.

Der **französische, niederländische** und **italienische** wie auch die **österreichischen** Partner geben an, dass in ihrem Land keine derartigen Konzepte, Programme oder Studien vorhanden sind.

**57. Werden regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang erstellt?**

- *In Deutschland werden keine regelmäßigen Kosten-Nutzen-Analysen bezüglich der Konzepte/Programme/Studien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen, erstellt. Das ist in fast allen übrigen befragten Ländern der Fall.*
- *Einzigste Ausnahme bildet Italien, wo durch das National Institute for Statistics (ISTAT) und andere Institutionen, wie Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbände, entsprechende Analysen angestellt werden.*

In **Deutschland, Finnland, den Niederlanden, Österreich** und **Finnland** werden keine regelmäßigen Kosten-Nutzen-Analysen gestellt. Der **französische** Partner gibt zu dieser Frage keine Auskunft.

Der **italienische** Partner gibt an, dass das dortige National Institute for Statistics (ISTAT) sowie anderen Institutionen wie Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden Kosten-Nutzen-Analysen anstellen.

## **5.2.1 Zusammenfassung der wesentlichen Übereinstimmungen und Unterschiede in der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher in Deutschland und den Vergleichsländern**

### **Allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele**

In allen der befragten Länder existieren allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele. Während diese in Deutschland unverbindlich sind und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen auf freiwilliger Basis geschieht, haben die Partnerländer Frankreich, Italien und Österreich in unterschiedlicher Ausprägung Verbindlichkeiten geschaffen.

Darüber hinaus besteht in Deutschland im Gegensatz zu den Vergleichsländern Finnland, Frankreich, Italien und Österreich keine Verankerung der Gesundheits- und Präventionsziele in nationalem Recht. Eine gesetzliche Festlegung der Ziele auf regionaler Ebene ist in keinem der befragten Länder gegeben, auch nicht in Österreich, wo diese zwar ausschließlich regionalen Charakter haben, die rechtliche Festschreibung aber dennoch auf nationaler Ebene erfolgt.

### **Arbeitsschutzrechtliche Altersdefinition der Jugendlichen**

Alle betrachteten Staaten weisen unterschiedliche Altersdefinitionen für die Gruppe der Jugendlichen auf. Darüber hinaus wird in den meisten Staaten zwischen einer allgemeinen und einer arbeitsrechtlichen Definition unterschieden. Im Bereich der arbeitsschutzrechtlichen Definition entsprechen Personen in den Ländern Frankreich und den Niederlanden erst ab einem Alter von 16 gegenüber 15 Jahren in Deutschland, Finnland, Österreich und Tschechien (Italien 15/16) der Definition Jugendliche. Die obere Altersgrenze liegt durchgängig bei unter 18 Jahren.

### **Basis der Altersdefinition**

Bezüglich der Rechtsquellen, auf denen die Altersdefinition des jeweiligen Landes basiert, machen die Länderexperten stark unterschiedliche Angaben. Lediglich Italien gibt, entsprechend der deutschen Situation, die ILO Konvention 138 'Mindestalter für die Erlaubnis der Beschäftigung' und die Richtlinie 94/33/EG an. Alle übrigen Länder nennen abweichende oder keine Quellen.

### **Spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen**

Übereinstimmend geben alle befragten Staaten an, dass spezifische Gesundheitsziele für Jugendliche existieren. Diese sind im Allgemeinen deckungsgleich und betreffen hauptsächlich die Aspekte Ernährung, Übergewicht und Bewegung sowie Suchtverhalten. Während in Deutschland und in Frankreich, wie auch in Finnland und Italien zusätzlich Aspekte der Arbeits- und Verkehrssicherheit im Vordergrund stehen, sind dies in Österreich die Zahngesundheit und Impfungen, in Tschechien Unfall- und Gewaltprävention sowie ungewollte Schwangerschaften.

In Deutschland, Frankreich, Österreich und Tschechien sind die genannten Gesundheitsziele evidenzbasiert, nicht so in den Niederlanden, während in Finnland die Gesundheitsziele selbst nicht als evidenzbasiert gelten, das Konzept der Pathogenese, auf dem die Gesundheitsziele fußen, jedoch entsprechend fundiert ist.

Eine nationalrechtliche Verankerung der evidenzbasierten Ziele findet sich, abweichend von der deutschen Situation, in Frankreich, Österreich und Italien. Eine regionalrechtliche Verankerung ist nur in Österreich gegeben.

### **Umsetzung und Entwicklung von Gesundheitszielen für Jugendliche**

Basierend auf den unterschiedlichen politischen Systemen und Hintergründen der einzelnen Vergleichsstaaten sind erwartungsgemäß auch unterschiedliche Institutionen und Akteure in den Prozess der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche involviert.

Mit Ausnahme von den Niederlanden und Österreich sind Ministerien mit sozialpolitischen Aufgaben in allen Vergleichsstaaten beteiligt. Auffällig ist, dass mit Ausnahme von Frankreich in keinem Land eine annähernd hohe Zahl an unterschiedlichen Institutionen und Verbänden in den Entwicklungs- und Umsetzungsprozess integriert sind.

Ebenfalls lässt sich beobachten, dass alleine in Finnland mit dem dortigen Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ein Vertreter miteinbezogen wird, dessen Fokus auf dem Setting Arbeitsplatz liegt.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit dominieren unter den betrachteten Staaten zwei Herangehensweisen: Zum einen das konzentrierte, auf Kooperation und Beratung im Rahmen von Arbeitsgruppen und Gremien basierende Vorgehen, wie es in Deutschland und Tschechien der Fall ist, und zum anderen das Vorgehen entsprechend dem top-down-Prinzip, also der Vorgabe von Zielrichtungen durch eine übergeordnete Stelle, die durch nachgeordnete Akteure umgesetzt wird, wie es in den übrigen Ländern der Fall ist.

### **Charakter der Gesundheitsziele**

In allen befragten Staaten mit Ausnahme von den Niederlanden sind die Gesundheitsziele Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung.

Nur Deutschland, Finnland und Italien geben des Weiteren an, dass die Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit einfließen. Dabei ist entsprechend der Expertenangaben allerdings lediglich in Finnland davon auszugehen, dass allgemeine Gesundheitsziele in den Arbeitsbereich Eingang finden, während in Italien und Deutschland eine strikte Beschränkung auf Themen mit eindeutigem Arbeitsbezug besteht.

### **Über die Richtlinie 94/33/EG hinausgehende nationalrechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher**

Nur in Deutschland, Finnland, den Niederlanden und Österreich existieren über die Richtlinie 94/33/EG hinausgehende nationalrechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher.

Geben die Vergleichsstaaten Rechtsquellen an, sind diese inhaltlich im Wesentlichen mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz vergleichbar und verfolgen die Zielstellung, einer gesteigerten Schutzbedürftigkeit Jugendlicher mit entsprechenden rechtlichen Einschränkungen und Schutzklauseln Rechnung zu tragen.

Bezüglich der theoretischen Grundlage der Rechtsquellen wird in den meisten Staaten sowohl ein salutogenetischer als auch ein pathogenetischer Ansatz verfolgt, lediglich in Österreich und Italien ist der salutogenetische Ansatz vorherrschend.

### **Gesundheitliche Situation Jugendlicher und deren Erhebung**

In den Vergleichsländern ähneln sich die vorherrschenden gesundheitlichen Probleme unter den Jugendlichen stark und betreffen in der Hauptsache solche, die zunächst nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz gebracht werden können.

Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme, die mit einer ungesunden beziehungsweise riskanten Lebensweise in Verbindung stehen oder sich aus einer solchen ableiten lassen wie Übergewicht/Adipositas, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie psychische und psychosomatische Erkrankungen dominieren in allen betrachteten Staaten. Weiterhin ist länderübergreifend eine hohe Prävalenz allergischer Erkrankungen festzustellen, die unter Umständen in Beziehung zu dem jeweiligen Arbeitsplatz stehen könnte.

In allen Vergleichsstaaten finden, wie in Deutschland über die KIGGS-Studie, kontinuierliche oder nicht kontinuierliche Erhebungen bezüglich des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen statt, wobei die Erhebungsmethoden dabei differieren. In der Regel basieren die Erhebungen auf Untersuchungen durch spezialisierte (Schul-)Ärzte oder medizinisches Fachpersonal.

### **Beteiligte Akteure/Institutionen und deren Aufgaben**

Nur in Deutschland kann die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher im Hinblick auf das Arbeitsleben durch jeden niedergelassenen Arzt beziehungsweise Institutionen des Gesundheitswesens vorgenommen werden, ein Bezug zur Arbeitsmedizin wird dabei nur in sehr wenigen Fällen hergestellt.

Deutlich anders gestaltet sich die Situation in den Vergleichsländern, wo Institutionen und Fachpersonal mit Bezug zur Arbeitswelt, wie in Finnland und Frankreich der Fall oder wie in Italien, Tschechien und Frankreich Kinder- beziehungsweise Jugendmediziner mit den entsprechenden Aufgaben betraut sind.

In allen betrachteten Staaten sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher, wenn auch Frankreich darauf hinweist, dass sie dort nicht systematisch für alle Jugendlichen erfolgt.

### **Untersuchungsanlässe und Zeitpunkte, Alter der Jugendlichen**

In den betrachteten Staaten ist in der Regel und entsprechend der Situation in Deutschland der Eintritt in das Berufsleben Anlass für eine ärztliche Untersuchung von Jugendlichen.

In Finnland, Italien und Tschechien ist nur bei Eintritt in das jeweilige Beschäftigungsverhältnis eine Untersuchung vorgesehen, weitere Zeitpunkte sind, abweichend von der deutschen Situation, nicht festgeschrieben. Darüber hinaus werden in Frankreich und Österreich nach der ersten Untersuchung zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses in jährlichen Intervallen Untersuchungstermine fällig.

Hinsichtlich des Alters der Jugendlichen zum Zeitpunkt der jeweiligen ärztlichen Untersuchung differieren die Angaben erwartungsgemäß stark.

In den Ländern, in denen über die klinische Untersuchung hinaus weitere Untersuchungen vorgenommen werden, sind dies Urinuntersuchungen in Deutschland, Frankreich und Österreich und Sehtests beziehungsweise Farbsinnprüfungen in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden.

### **Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Nur in Österreich und Deutschland existieren keine spezifischen Untersuchungsleitlinien. Eine Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität findet nur in Italien und Finnland statt, in den übrigen Ländern ist dies nicht der Fall.

### **Ergänzende Untersuchungen**

In allen betrachteten Staaten können ergänzende Untersuchungen in Anspruch genommen werden. Diese sind in Tschechien meist, in Finnland und Italien teilweise obligatorisch.

### **Qualität und Dokumentation der Untersuchungen**

Lediglich Finnland, die Niederlande und Italien geben an, dass die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten erfassen, die Validität und Reliabilität der eingesetzten Instrumente betreffend. Hingegen verneint nur Deutschland eine solche Qualität. Eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse findet in allen Vergleichsländern mit Ausnahme von Frankreich statt. Eine Kontrollinstanz zur Überwachung der Durchführung der Untersuchungen ist in Italien, den Niederlanden und Tschechien gegeben, während die Qualität der Untersuchungen in Italien und den Niederlanden regelmäßig, in Frankreich teilweise auf Eigeninitiative in einigen arbeitsmedizinischen Zentren überprüft wird.

### **Dokumentation und Nutzung von Untersuchungsdaten**

Im überwiegenden Teil der betrachteten Staaten werden die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen dokumentiert, Abweichungen finden sich aber bei der Weiterverwendung dieser. Während in Deutschland und in Frankreich von keiner weiteren Nutzung gesprochen wird, werden in Finnland aus den Untersuchungsergebnissen gesundheitsbezogene Aktivitäten am Arbeitsplatz abgeleitet, in Tschechien, Italien und den Niederlanden werden die Daten einer Statistik zugeführt beziehungsweise zur Gewinnung epidemiologischer Daten genutzt.

### **Rechtliche Aspekte der Untersuchungen**

Im überwiegenden Teil der betrachteten Länder mit Ausnahme von den Niederlanden und Österreich lassen sich rechtliche Konsequenzen aus den Untersuchungsergebnissen ableiten, die sich in der Hauptsache in Beschäftigungsverboten beziehungsweise -einschränkungen äußern. In Tschechien ist auch von rechtlichen Konsequenzen für die untersuchenden Ärzte die Rede.

Für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes unterliegt der Arzt der ärztlichen Schweigepflicht. Dementsprechend ist der untersuchende Arzt nicht befugt, geheimhaltungsbedürftige Tatsachen, die bei der Untersuchung bekannt werden oder ihm aufgrund seiner Stellung anvertraut werden, unbefugt zu offenbaren.

In fast allen Ländern existieren gesetzliche Regelungen, die den Ausbildungsplatzwechsel betreffen, in Finnland ist dies allerdings nur bei bestimmten Berufsgruppen der Fall. In Italien wird der Jugendliche bei Ausbildungsplatzwechsel erneut untersucht, was vor dem Hintergrund, dass die Untersuchungen dort immer auf den jeweiligen Arbeitsplatz zugeschnitten werden, sinnvoll erscheint. In Deutschland hingegen findet keine erneute Untersuchung statt, hier sind lediglich die Bescheinigungen über die durchgeführten Untersuchungen dem neuen Arbeitgeber auszuhändigen.

In den betrachteten Staaten haben die Untersuchungen teils fakultativen, teils obligatorischen Charakter. Generelle Freiwilligkeit bei der Teilnahme an entsprechenden Untersuchungen herrscht in den Niederlanden, Österreich und Tschechien vor. Dementsprechend gestalten sich auch die Konsequenzen bei Nichtdurchführung/Nichtteilnahme an einer Untersuchung: In den Ländern, in denen diese obligatorisch sind, werden daraus Beschäftigungsverbote oder Sanktionen gegenüber Arbeitgeber, Arbeitnehmer bzw. Arbeitsmediziner abgeleitet, während in den Ländern, in denen die Untersuchungen freiwillig sind, entsprechend auch keine Sanktionierungen erfolgen.

### **Qualifikation des durchführenden Personals**

Nur in Deutschland und in Österreich ist die ärztliche Approbation ausreichendes Qualifikationskriterium für die Durchführung von arbeitsplatzbezogenen Untersuchungen an Jugendlichen, alle weiteren Länder verlangen hingegen entweder eine Zusatzausbildung im Bereich Arbeitsmedizin oder Kinder- bzw. Jugendmedizin.

In dem überwiegenden Anteil der Länder mit Ausnahme von Finnland und den Niederlanden werden die Qualifikationsanforderungen an das medizinische Personal nicht durch Leitlinien oder ähnliches konkretisiert.

Spezielle Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für das mit den Untersuchungen beauftragte medizinische Personal existieren im Großteil der antwortenden Länder, obligatorisch ist die Teilnahme an diesen allerdings nur in Finnland, den Niederlanden und Italien.

Bezüglich der ärztlichen Untersuchungen als Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge verneint dies mit Deutschland, Italien, den Niederlanden, Österreich und Tschechien gut die Hälfte der befragten Staaten, während die übrigen einen entsprechenden Bezug bejahen. Ein spezifisches Untersuchungskonzept existiert diesbezüglich in keinem der befragten Länder.

### **Kosten der Untersuchungen**

Die Kosten der Untersuchungen werden in den meisten der befragten Länder nicht erfasst beziehungsweise sind aufgrund der differierenden Untersuchungsinhalte nicht pauschal zu beziffern. Einzig Österreich macht Angaben, deren Durchschnittswert mit 40,40€ gut 15€ über den deutschen Kosten liegt.

Kostenträger der Untersuchungen ist in den meisten der antwortenden Länder der Arbeitgeber, wenn diese in Bezug zur Arbeit stehen (Italien, Finnland, Frankreich). Stehen die Untersuchungen nicht in einem direkten Bezug zum Arbeitsplatz, werden

diese von öffentlicher Hand (Bundesländer in Deutschland, Gemeinden bzw. Kommunen in den Niederlanden und Finnland, das Erziehungsministerium in Frankreich) oder dem Sozialversicherungsträger in Österreich und Tschechien getragen.

### **Gesetzliche und methodische Änderungen**

Im Großteil der antwortenden Staaten wurden in den letzten zehn Jahren keine gesetzlichen Änderungen in Bezug auf ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes vorgenommen. Finnland spricht von Änderungen als Teil der allgemeinen Gesundheitspolitik, Italien von solchen, die die Tauglichkeit, Untersuchungsanlässe und Beschäftigungsverbote betreffen.

Methodische Änderungen wurden in Finnland, Italien und den Niederlanden vorgenommen und betreffen die Einführung evidenzbasierter Methoden und die Erfüllung internationaler Standards.

### **Berufsberatung**

In über der Hälfte der befragten Länder (Finnland, Frankreich, Italien und Tschechien) sind berufsberatende Aspekte Teil der ärztlichen Untersuchungen bei Jugendlichen. Andere Formen der Berufsberatung, die auch gesundheitliche Aspekte aufgreifen, existieren in keinem der befragten Länder mit Ausnahme von Finnland. Sonstige Informationsmöglichkeiten hinsichtlich Berufswahl und Gesundheit geben die meisten Länder nicht an. Falls dennoch Angaben gemacht werden, sind dies Verweise auf das Internet und die allgemeine Berufsberatung, Möglichkeiten, die in Deutschland ebenfalls gegeben sind.

### **Ausbildungsabbrüche, Berufskrankheiten und AU-Zeiten**

Angaben bezüglich der Zahl der Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen und der damit verbundenen Kosten können die befragten Länder unisono nicht machen.

Hinsichtlich der Berufskrankheiten lassen sich in den betrachteten Ländern deutliche Übereinstimmungen feststellen, die sich in einer Dominanz von Hauterkrankungen und allergisch bedingten Atemwegserkrankungen manifestieren. Die mit diesen Berufskrankheiten verbundenen jährlichen Kosten beziffern die befragten Länder aufgrund fehlender Informationen durchgängig nicht, einzig Italien spricht von einer Erfassung dieser, die Ergebnisse würden allerdings nicht veröffentlicht.

In den meisten Staaten sind keine oder nur wenig aussagekräftige Angaben zu den AU-Zeiten bei Jugendlichen möglich, gleiches gilt für die damit verbundenen Kosten.

### **Nationale Gesundheitsstrategie/Präventions- und Gesundheitsziele**

Nur in Finnland und in Italien werden allgemeine Daten zu arbeitsbedingten Erkrankungen genutzt, um nationale Gesundheitsstrategien oder Präventions- und Gesundheitsziele zu formulieren. In Deutschland fußen entsprechende Aktivitäten für Jugendliche auf der KiGGS-Studie.

## **Verantwortlichkeit für die Durchführung der Untersuchungen**

In den meisten der betrachteten Staaten, nämlich in Deutschland, Finnland, Frankreich und Italien, ist der Arbeitgeber für die Untersuchungen bei Jugendlichen verantwortlich. In den Niederlanden stehen abweichend Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens, in Österreich die Sozialversicherung und in Tschechien höhere Schulen beziehungsweise Berufsschulen in der Pflicht.

## **Fristenregelungen, Dauer und Ort der ärztlichen Untersuchungen**

Fristenregelungen bezüglich der Untersuchungen existieren in allen betrachteten Staaten außer in Tschechien. In Italien und in Finnland hängen die Abstände zwischen den Untersuchungen vom Gefährdungsgrad der jeweiligen Beschäftigung ab und sind daher tätigkeitsabhängig unterschiedlich, während in Deutschland nach pauschal maximal 14 Monaten die erste Nachuntersuchung erfolgen muss.

Hinsichtlich der Untersuchungsdauer variieren die Angaben von Land zu Land stark. Während in Finnland und Italien aufgrund der von Untersuchung zu Untersuchung unterschiedlichen Inhalte keine Zeitdauer angegeben werden kann, liegt diese bei den übrigen betrachteten Staaten im Mittel zwischen 10 und 30 Minuten, wobei die österreichischen Partner von einer maximalen Untersuchungsdauer bei 15 Minuten und der tschechische Partner bei 60 Minuten sprechen.

Nur in Deutschland und Tschechien finden die Untersuchungen zum überwiegenden Teil in Arztpraxen statt. Alle weiteren Staaten wählen Orte mit räumlicher Nähe zum Arbeitsplatz, arbeitsmedizinische Dienste beziehungsweise Zentren oder öffentliche Gesundheitseinrichtungen.

Nur in Deutschland und in Finnland erfolgt die Anamnese-Erhebung anhand standardisierter Fragebögen (in Finnland werden des Weiteren auch standardisierte und nicht standardisierte Formblätter, nicht standardisierte Fragebögen und sonstige Methoden genutzt). Die Anamnese wird in den meisten Staaten von einem Arzt gemeinsam mit dem Jugendlichen (und dem Sorgeberechtigten) vorgenommen, in Finnland, Italien und den Niederlanden sind zusätzlich auch Krankenschwestern oder anderes medizinisches Fachpersonal beteiligt.

## **Inhalte der ärztlichen Untersuchungen**

Im Allgemeinen scheinen die Inhalte der Untersuchungen in allen Vergleichsländern über die deutschen hinaus zu gehen. Während hierzulande lediglich Vorerkrankungen erfasst werden, werden in Frankreich, Italien und Finnland auch arbeitsbezogene Aspekte berücksichtigt, in den Niederlanden, Österreich, Finnland und Tschechien darüber auch psychische Faktoren und Lebensstilaspekte. Wiederum in den Niederlanden erfolgt zudem eine umfangreiche Beurteilung des Gesundheitszustandes des Jugendlichen mit dem Ziel der Einleitung von Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention.

Dennoch wird grundsätzlich in jedem Land eine Art 'Basisuntersuchung' vorgenommen, die der gängigen klinischen/körperlichen Untersuchung ohne den Einsatz von gerätediagnostischen Verfahren entspricht. Einzige Ausnahme bildet hier Italien, wo die Untersuchungsinhalte individuell auf den jeweiligen Arbeitsplatz zugeschnitten sind und nicht den allgemeinen Gesundheitszustand des Jugendlichen erfassen. Bei diesen primär arbeitsbezogenen Untersuchungen kommt des Weiteren besonders häufig Gerätediagnostik zum Einsatz.



## **Auswirkungen auf die betriebliche Ebene**

Anhand erhobener Daten sollen sowohl in Deutschland, als auch in Finnland und Italien betriebliche und überbetriebliche Konzepte im Bereich Prävention und Gesundheit entwickelt und das Bewusstsein hierfür gestärkt werden.

### **Konzepte/Programme/Studien zur Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher**

Im Großteil der befragten Staaten mit Ausnahme von Italien und den Niederlanden bestehen Konzepte/Programme/Studien zur Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher, die aber in der Regel nicht in direktem Bezug zum Arbeitsleben stehen.

Kosten-Nutzen-Analysen werden in diesem Zusammenhang gemäß Angaben der Experten nur in Italien erstellt. Da Italien allerdings zuvor die Existenz entsprechender Konzepte et cetera verneint, dürften diese sich auf andere Bereiche beziehen.

### **5.2.2 Wesentliche Abweichungen zwischen Deutschland und den Vergleichsländern**

Um Aussagen treffen zu können, ob bzw. wo das deutsche Jugendarbeitsschutzsystem im Hinblick auf ärztliche Untersuchungen Ressourcen aufweist, werden die Ausprägungen der Vergleichsländer, die mittels des Kategoriensystems erfasst wurden, Deutschland gegenübergestellt.

Deutschland stimmt in 26 Items (40,0%) mit den Vergleichsländern überein, die im Sinne des Kategoriensystems günstige Ausprägungen aufweisen:

Existieren im Land allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele?

Es existieren in Deutschland allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele.

Existieren in diesem Land spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen?

Es existieren in Deutschland spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen.

Sind diese Gesundheitsziele evidenzbasiert?

Die Gesundheitsziele sind in Deutschland evidenzbasiert.

Ist die Zusammenarbeit der Institutionen organisiert?

Die Zusammenarbeit der Institutionen ist organisiert.

Gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen?

Es gibt in Deutschland nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen.

Gibt es ein spezifisches Untersuchungskonzept?

Es gibt in Deutschland ein spezifisches Untersuchungskonzept, das eine pathogenetische und salutogenetische Ausrichtung hat.

Sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher?

Ärztliche Untersuchungen sind in Deutschland Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher.

Welche Anlässe für eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung sind definiert?

Es ist in Deutschland ein konkreter Anlass für eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung definiert, nämlich der Beginn eines Ausbildungsverhältnisses.

Welche Zeitpunkte für eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung sind definiert?

Es ist in Deutschland ein konkreter Zeitraum vor dem Ausbildungsbeginn definiert, in welchem die Untersuchung durchgeführt werden muss.

Wie alt sind die Personen zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung?

Die Personen sind in Deutschland über 15, aber unter 18 Jahre.

Durch wen werden die Untersuchungen veranlasst?

Die Untersuchungen werden in Deutschland, wenn sie der Jugendliche noch nicht absolviert hat, durch den Arbeitgeber veranlasst.

Gibt es Fristen, die bei den Untersuchungen eingehalten werden müssen?

Es gibt in Deutschland Fristen, die im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingehalten werden müssen. Diese gestalten sich unterschiedliche in Abhängigkeit der jeweiligen Untersuchung.

Wie erfolgt die Anamneseerhebung?

Die Anamneseerhebung erfolgt in Deutschland mittels standardisierter Fragebögen. Die Berufsordnung für Ärzte legt fest, dass die Anamneseerhebung zwingend vom Arzt vorzunehmen ist.

Sind Untersuchungsinhalte gesetzlich verankert?

Das Ergebnis der Erst- und Nachuntersuchungen des Jugendlichen muss mit dem Untersuchungsbogen, so wie er in Anlage der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung enthalten ist, festgehalten werden. Damit ist festgelegt, dass eine körperliche Untersuchung mit Längenmessung und Gewichtsbestimmung, sowie eine semiquantitative Bestimmung im Urin mittels Urinteststreifen und eine Farbsinnprüfung erfolgen müssen. Eine ausdrückliche Verankerung von Untersuchungsinhalten ist im Jugendarbeitsschutzgesetz nicht enthalten. In den Vergleichsländern existiert nach Aussage der Bearbeiter ebenfalls keine gesetzliche Verankerung der Untersuchungsinhalte.

Besteht die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Auffälligkeiten zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen?

In Deutschland besteht die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Auffälligkeiten zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen.

Welche Screeninginstrumente werden eingesetzt?

In Deutschland ist wie in einigen Vergleichsländern nur unvollständig festgelegt, welche Screeninginstrumente im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen genutzt werden.

Was wird damit erfasst?

In Deutschland ist wie in einigen Vergleichsländern nur unvollständig festgelegt, was erfasst werden soll.

Werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert?

Die Untersuchungsergebnisse werden in Deutschland dokumentiert.

Werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert?

In Deutschland werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert.

Wer erhält Informationen zu Diagnosen und Befunden?

Informationen zu Befunden und Diagnosen erhalten in Deutschland ausschließlich der Jugendliche und sein Personensorgeberechtigte. Der Arbeitgeber erhält die Information, ob der Jugendliche die Tätigkeit ausführen kann oder nicht.

Gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungswechsel?

In Deutschland gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungswechsel.

Wer trägt die Kosten der ärztlichen Untersuchungen?

In Deutschland trägt die Kosten der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen das jeweilige Bundesland.

Werden Daten zu Berufs-/ Ausbildungsabbrüchen Jugendlicher aus gesundheitlichen Gründen erfasst und ausgewertet?

In Deutschland findet genauso wie in den Vergleichsländern keine Erfassung von Berufs- oder Ausbildungsabbrüchen Jugendlicher aus gesundheitlichen Gründen statt.

Werden die damit verbundenen Kosten jährlichen Kosten erfasst?

In Deutschland wird genauso wie in den Vergleichsländern keine damit verbundene Kostenerfassung angestrengt.

Werden Daten zu Berufskrankheiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet?

In Deutschland werden Daten zu Berufskrankheiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet.

Wird erfasst, um welche Berufskrankheiten es sich handelt?

In Deutschland wird erfasst, um welche Berufskrankheiten es sich handelt.

Deutschland stimmt in 38 Items (58,5%) mit den Vergleichsländern nicht überein. Für folgende Aspekte liegen in den Vergleichsländern (dies muss nicht alle Vergleichs-

länder gleichzeitig betreffen) im Sinne des Kategoriensystems günstigere Ausprägungen:

Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?

Die Ziele sind in Deutschland nicht in nationalem Recht verankert. In Finnland, Italien und Frankreich liegt eine derartige Verankerung vor.

Sind diese Ziele auf regionaler Ebene verankert?

Die Ziele sind in Deutschland nicht auf regionaler Ebene verankert. In Österreich liegt eine derartige Verankerung vor.

Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?

Die Ziele sind in Deutschland nicht in nationalem Recht verankert. In Italien, Österreich und Frankreich liegt eine derartige Verankerung vor.

Sind diese Ziele auf regionaler Ebene verankert?

Die Ziele sind in Deutschland nicht auf regionaler Ebene verankert. In Österreich liegt eine derartige Verankerung vor.

Welche Institutionen beteiligen sich an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche?

In Deutschland sind an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche Vereinigungen, staatliche Institutionen wie Ministerien und staatliche Institutionen, Universitäten, Gesundheitsämter, die Bundesärztekammer, Bundesverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen beteiligt. In Österreich ist darüber hinaus die Schulaufsichtsbehörde beteiligt und in den Niederlanden laut Angabe des Bearbeiters Schulen und Gemeinden.

Sind die Zielsetzungen in ein schul- und ausbildungsübergreifendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung integriert?

In Deutschland sind die Zielsetzungen nicht in ein schul- und ausbildungsübergreifendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung integriert, während in Finnland, Italien, Tschechien, Österreich und Frankreich eine Integration stattfindet.

Fließen diese Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein?

In Deutschland fließen diese Gesundheitsziele nicht in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein, während dies in Finnland und Italien stattfindet.

Welche Akteure/Institutionen sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beteiligt?

In Deutschland erfolgt die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher durch niedergelassene Ärzte und Institutionen des Gesundheitswesens. In Finnland sind zusätzlich verschiedene staatliche Institute eingebunden und speziell für Studenten existiert eine Stiftung. In Italien gibt es spezielle Kinder- und Familienärzte sowie kommunale Gesundheitsabteilungen. In Tschechien spielen auch Kinder- und Jugendärzte bei der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher eine große Rolle, während in Österreich neben zahlreichen Ministerien ein Arbeitsinspektorat be-

teilt ist. In Frankreich werden Schulärzte und Krankenschwestern als auch Betriebs-/ Arbeitsmediziner eingebunden.

Wo finden die Untersuchungen statt?

In Deutschland finden Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Arztpraxen niedergelassener Ärzte statt, während in Österreich und Finnland derartige Untersuchungen in Schulen, in Finnland in Behörden und in Finnland und Italien in den Betrieben durchgeführt werden.

Was wird im Einzelnen untersucht?

In Deutschland findet Vordergründig die Begutachtung des physischen Zustands eines Jugendlichen unter Berücksichtigung psychischer Auffälligkeiten statt. In Finnland, Frankreich und den Niederlanden spielen laut Aussagen der Bearbeiter psychische Aspekte eine größere Rolle; in Tschechien Aspekte des Lebensstils und in Italien und Frankreich arbeitsbezogene Inhalte und Untersuchungsverfahren.

Existieren Untersuchungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen?

In Deutschland existieren keine Untersuchungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen, während in Finnland und Frankreich Untersuchungsleitlinien für asthmatische Erkrankungen, Bewegungserkrankungen, psychomentele Erkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen und Allergien sowie in Italien und Tschechien Untersuchungsleitlinien für Sinnesbeeinträchtigungen existieren.

Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in Deutschland nicht erfasst, während eine Erfassung in Finnland und Italien stattfindet.

Erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum der Jugendlichen?

In Deutschland erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum der Jugendlichen nicht ausreichend, während die Bearbeiter in Finnland, Italien und den Niederlanden aussagen, dass das Belastungsspektrum ausreichend erfasst wird.

Sind die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel?

Die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden sind nach Angaben arbeitsmedizinischer Expertise zu Folge nicht valide und reliabel. Der zahlenmäßig erhebliche Unterschied von Krankheitsprävalenzen, wie er sich aus der Gegenüberstellung der Zahlen von Erkrankungen aus den Untersuchungsergebnissen in den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen mit Erkrankungszahlen aus epidemiologisch gewonnenen Daten ergibt, zeigt, dass Krankheiten mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nicht mit hinreichender Genauigkeit diagnostiziert werden, was zusätzlich durch das relativ hohe Auftreten berufsbedingter Erkrankungen der Haut und der Atemwegsorgane bereits in den ersten Berufsjahren belegt wird. In Finnland, Italien, Tschechien, Frankreich und den Niederlanden wird hingegen von validen und reliablen Instrumenten ausgegangen.

Existiert eine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchung prüft?

In Deutschland existiert keine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchung prüft, während laut Angaben der Bearbeiter in Italien, Tschechien und den Niederlanden eine Aufsicht existiert.

Wird die Qualität der Untersuchungen überprüft?

Die Qualität der Untersuchung wird in Deutschland nicht überprüft, während in Italien und den Niederlanden eine Qualitätsprüfung stattfindet.

Was wird im Einzelnen erfasst?

In Deutschland findet eine Erfassung des Gesundheitszustands des Jugendlichen, möglicher Tätigkeitsbeschränkungen sowie Empfehlungen für den Jugendlichen in Bezug auf weitere Untersuchungen statt. In Finnland, Italien und Frankreich findet nach Angaben der Bearbeiter darüber hinaus eine Erfassung der Tauglichkeit für eine Tätigkeit statt. Zusätzlich werden in Finnland Empfehlungen für den Arbeitgeber bezüglich Schutzmaßnahmen und mögliche gesundheitsförderliche Aktivitäten erfasst.

Werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen im weiteren Verlauf genutzt?

Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen werden in Deutschland genutzt, indem die Anzahl der Untersuchungen statistisch erfasst wird. In Italien, Tschechien und Frankreich findet zudem eine krankheitsstatistische Aufbereitung statt. In Italien werden darüber hinaus gesundheitsförderliche Aktivitäten für den jeweiligen Betrieb abgeleitet.

Lassen sich daraus rechtliche Konsequenzen ableiten?

In Deutschland lassen sich folgende rechtliche Konsequenzen ableiten: Umsetzung des Arbeitnehmers bei Gefährdung, Entlassung des Arbeitnehmers, falls keine Umsetzung möglich ist sowie die Meldepflicht bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit. In Tschechien wird laut Bearbeiter bei Vorliegen einer Gesundheitsgefährdung die freie Berufswahl des Jugendlichen eingeschränkt.

Welchen rechtlichen Status haben die jeweiligen Untersuchungen und wie verbindlich sind sie?

In Deutschland haben die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen freiwilligen Charakter, sie sind für Jugendliche nicht verpflichtend. Diese müssen jedoch bei Nichtinanspruchnahme mit einem Beschäftigungsverbot rechnen. In Finnland, Italien und Frankreich handelt es sich um Pflichtuntersuchungen.

Welche Konsequenzen ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung?

In Deutschland ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung Konsequenzen für den Jugendlichen in Form eines Beschäftigungsverbots, auch können Konsequenzen für den Arbeitgeber entstehen. In Tschechien gibt es darüber hinaus Sanktionen für den durchführenden Arzt, falls die Untersuchungen mangelhaft durchgeführt werden.

Welche Qualifikationsanforderungen werden an die durchführenden Ärzte oder andere dafür verantwortliche Personen gestellt?

In Deutschland kann jeder niedergelassene Arzt eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung durchführen, während in Tschechien und den Niederlanden die Untersuchung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie in Finnland, Italien und Frankreich die Untersuchung durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin durchgeführt werden muss.

Werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder sonstiges konkretisiert?

In Deutschland findet keine Konkretisierung der Qualifikationsanforderungen statt, während in Finnland und den Niederlanden eine Konkretisierung erfolgt.

Existieren spezifische Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für die durchführenden Ärzte/verantwortlichen Personen?

In Deutschland existieren keine spezifische Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für die durchführenden Ärzte/verantwortlichen Personen, während dies in Finnland, Italien, Tschechien und den Niederlanden der Fall ist.

Sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge?

In Deutschland sind die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen kein Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge, während diese in Finnland, Österreich und Frankreich Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge sind.

Existiert ein spezifisches Untersuchungskonzept?

In Deutschland existiert kein spezifisches Untersuchungskonzept. In Finnland und Österreich existiert ein derartiges Konzept.

Gab es in den letzten 10 Jahren gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes?

In Deutschland gab es in den letzten 10 Jahren keine Änderung in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes. In Finnland, Italien und gegenwärtig auch Tschechien fanden bzw. finden Anpassungen an die aktuellen Erfordernisse statt.

Wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten 10 Jahren geändert?

Die Methodik der Untersuchungen wurde in Deutschland in den letzten Jahren nicht geändert, in Finnland, Italien, Tschechien und den Niederlanden fanden Änderungen statt.

Erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen auch eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte?

In Deutschland erfolgt im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchung keine Berufsberatung bzw. nur in Ausnahmefällen durch einzelne Ärzte. In Finnland, Italien, Tschechien und Frankreich findet eine Berufsberatung statt.

Existiert eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift?

In Deutschland existiert keine Form von Berufsberatung, die den Zusammenhang Gesundheit und Beruf thematisiert. In Finnland existiert eine derartige Berufsberatung.

Existieren andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren?

In Deutschland gibt es keine anderen Möglichkeiten, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren. In Italien und Tschechien gibt es Möglichkeiten.

Werden die damit verbundenen Kosten jährlichen Kosten erfasst?

In Deutschland werden die Kosten für auftretende Berufskrankheiten nicht erfasst, wohingegen in Italien eine Erfassung stattfindet.

Werden Daten zu AU-Zeiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet?

Angaben hierzu könnten für Deutschland zwar aus den Statistiken der Krankenkassen gewonnen werden, eine Prüfung der Verlässlichkeit dieser Angaben ist jedoch nicht möglich, eine Auswertung wäre unverhältnismäßig aufwändig. Es ist zu erwarten, dass aus der Verteilung von Diagnosen kein Bezug zu Berufen oder Tätigkeiten hergestellt werden kann. In Italien und Tschechien werden AU-Zeiten jugendlicher Arbeitnehmer erfasst und ausgewertet.

Werden die damit verbundenen Kosten jährlichen Kosten erfasst?

In Deutschland findet keine Erfassung der Kosten statt, während dies in Italien stattfindet.

Werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet?

In Deutschland werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen nicht verwendet, während in Finnland, Italien und Tschechien die Daten dafür genutzt werden.

Welche Auswirkungen hat dies auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf?

In Deutschland gibt es keine Auswirkungen auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf. In Finnland und Italien hat dies Auswirkungen auf die arbeitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung.

Gibt es in den jeweiligen EU-Ländern Ansätze/Konzepte, die eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen anvisieren (z. B. durch Evaluationsstudien)?

In Deutschland gibt es keine Ansätze/ Konzepte, die eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen anvisieren, während in Tschechien und Österreich derartige Ansätze existieren.

Werden regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang erstellt?



In Deutschland werden in diesem Zusammenhang keine Kosten-Nutzen-Analysen erstellt, wohingegen dies in Italien der Fall ist.

### *Zusammenfassende Bewertung*

Wird das deutsche System den sechs Vergleichsländern gegenübergestellt, so ergeben sich 26 Übereinstimmungen hinsichtlich der verschiedenen Aspekte des Jugendarbeitsschutzes. Die Übereinstimmungen sind unterschiedlicher Natur und deshalb nicht zusammenfassend beschreibbar. Es handelt sich:

- um die Existenz von Gesundheitszielen im jeweiligen Land sowie deren gesetzliche Verankerung,
- um rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher,
- um den Zugang zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (Zeitpunkte, Anlässe, Fristen, Initiatoren, Alter der Nutzer)
- um die Durchführung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (Anamnese, Untersuchungsinhalte, einzusetzende Screeninginstrumente),
- um die Dokumentation, Erfassung und Weitergabe von Untersuchungsergebnissen,
- um die Kostenübernahme und
- um die Datenerfassung (Daten zu Ausbildungsabbrüchen aus gesundheitlichen Gründen, Daten zu Berufskrankheiten).

Hinsichtlich 38 Aspekte weisen die Vergleichsländer im Sinne des Kategoriensystems günstigere Ausprägungen. Es handelt sich:

- um die Verankerung von Gesundheitszielen auf nationaler und regionaler Ebene,
- um die Beteiligung von Akteuren an der Entwicklung von Gesundheitszielen,
- um die Umsetzung schul- und ausbildungsübergreifender Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung,
- um die Beteiligung von Akteuren an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher,
- um die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (Ort, Untersuchungsinhalte, Existenz von Untersuchungsleitlinien, Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Untersuchungsinstrumente und -methoden),
- um die Qualität der Untersuchungen (Aufsicht, Qualitätsprüfung),
- um die Erfassung und Nutzung der Untersuchungsdaten,
- um die Verbindlichkeit der Untersuchungen und die Konsequenzen bei Nichtdurchführung,
- um die Qualifikationsanforderungen der Durchführenden,
- um die Einbettung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in die arbeitsmedizinische Vorsorge,
- um Modifikationen und Anpassungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes,

- um Aspekte der Berufsberatung,
- um die Kostenerfassung für auftretende Berufskrankheiten,
- um die Erfassung und Auswertung von AU-Zeiten jugendlicher Arbeitnehmer und deren Kosten,
- um die Existenz von Evaluationsstudien zur Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher sowie
- um die Existenz regelmäßiger Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang.

Die Ausprägungen entsprechen in den Vergleichsländern im Sinne des Kategoriensystems nicht immer der günstigsten Ausprägung. Beispielsweise sind die gesetzliche Verankerung von Untersuchungsinhalten, der Einsatz von Screeninginstrumenten und die Datenerfassung vor allem zu Ausbildungsabbrüchen aus gesundheitlichen Gründen in allen Ländern nicht verbindlich bzw. unvollständig geregelt. Besonders auffällig ist, dass in keinem Land eine Erfassung der Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen stattfindet, ebenso wie keine Kostenerfassung. Dementsprechend kann die Nutzendimension nicht ausreichend abgebildet werden, wodurch keine abschließende Bewertung der ‚realen‘ Güte der Jugendarbeitsschutzsysteme erfolgen kann. Das heißt, dass die Jugendarbeitsschutzsysteme bezüglich ihres Nutzens nicht bewertet werden können, da die definierten Nutzensparameter in keinem Land vollständig erfasst werden.

### **5.3 Vergleich von Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung**

Die Fremdeinschätzung anhand des Kategoriensystems (FB) und die Selbsteinschätzung durch die Partner der ausgewählten EU-Länder (SB) werden zur Überprüfung des hypothesengeleiteten Kategoriensystems gegenübergestellt. In der folgenden Tabelle ist der Vergleich dargestellt (Tab. 17).

Insgesamt können die Fremdeinschätzungen und Selbsteinschätzungen von vier Ländern (Finnland, Italien, Tschechien und Österreich) in den Vergleich einbezogen werden. Für Österreich können zwei Selbsteinschätzungen in der Auswertung berücksichtigt werden, da zwei Experten auf dem Gebiet des Jugendarbeitsschutzes unabhängig voneinander eine Bewertung abgegeben haben, sodass insgesamt fünf Selbstbewertungen vorliegen. Von Frankreich und den Niederlanden wurde keine Selbsteinschätzung erarbeitet. Dies liegt daran, dass die Selbsteinschätzung der Situation im eigenen Land nicht von vornherein Gegenstand der Projektmitarbeit war. Das methodische Vorgehen bei der Aufbereitung und Auswertung der Fremd- als auch der Selbsteinschätzung ist in den Gliederungspunkten 5.1.2 und 5.1.3 dargestellt. Die Ausführungen zu den Ergebnissen, die insbesondere auch in der Tabelle 17 dargestellt sind, erfolgen im Anschluss zur Tabelle 17. Für die Länder Frankreich und die Niederlande liegt keine Selbsteinschätzung vor, deshalb sind diese im Folgenden nicht dargestellt, da es hier primär um den Vergleich Fremd- und Selbsteinschätzung geht. Die Fremdeinschätzung für diese Länder kann der elektronischen Datenmaske im Anhang E entnommen werden.

**Tabelle 17:** Vergleich der Fremdbewertung anhand des Kategoriensystems und der Selbstbewertung durch die Partner der jeweiligen Länder

| Themenkomplexe  | Land     |    |           |         |    |           |            |    |           |            |      |      |            | a        | b | c |            |
|---|----------|----|-----------|---------|----|-----------|------------|----|-----------|------------|------|------|------------|----------|---|---|------------|
|   | Finnland |    |           | Italien |    |           | Tschechien |    |           | Österreich |      |      |            |          |   |   |            |
|   | FB       | SB | FB vs.SB  | FB      | SB | FB vs.SB  | FB         | SB | FB vs.SB  | FB         | SB 1 | SB 2 | FB vs.SB 1 |          |   |   | FB vs.SB 2 |
| 1.1 Allgemeine Gesundheitsziele   | 5        | 5  | 0         | 5       | 4  | minus 1   | 3          | 4  | plus 1    | 5          | 2    | 3    | minus 3    | minus 2  | 1 | 1 | 3          |
| 1.3 Gesundheitsziele für Jugendliche  | 3        | 4  | plus 1    | 3       | 5  | plus 2    | 3          | 4  | plus 1    | 3          | 2    | 1    | minus 1    | minus 2  | 2 | 3 | 2          |
| 1.4 Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher  | 2        | 3  | plus 1    | 3       | 5  | plus 2    | 2          | 3  | plus 1    | 3          | 4    | 4    | plus 1     | plus 1   | 1 | 5 | 0          |
| 3.1 Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher  | 5        | 5  | 0         | 5       | 4  | minus 1   | 1          | 1  | 0         | 5          | 3    | 5    | minus 2    | 0        | 1 | 0 | 2          |
| 3.3 Zeitpunkte und Fristen  | 5        | 5  | 0         | 5       | 4  | minus 1   | 4          | 1  | minus 3   | 5          | 2    | 2    | minus 3    | minus 3  | 2 | 0 | 4          |
| 3.5 Inhalte der Untersuchungen  | 4        | 5  | plus 1    | 2       | 4  | plus 2    | 3          | 1  | minus 2   | 2          | 3    | 1    | plus 1     | minus 1  | 1 | 3 | 2          |
| 3.6 Untersuchungsinstrumente und -methoden  | 2        | 4  | plus 2    | 4       | 3  | minus 1   | 3          | 1  | minus 2   | 1          | 3    | 2    | plus 2     | plus 2   | 2 | 3 | 2          |
| 3.7 Dokumentation der Untersuchungsergebnisse   | 3        | 4  | plus 1    | 5       | 4  | minus 1   | 3          | 1  | minus 2   | 3          | 4    | 2    | plus 1     | minus 1  | 1 | 2 | 3          |
| 3.8 Datenverwertung   | 3        | 4  | plus 1    | 4       | 3  | minus 1   | 2          | 1  | minus 1   | 2          | 2    | 2    | 0          | 0        | 1 | 1 | 2          |
| 3.9 Verbindlichkeit der Untersuchungen  | 3        | 4  | plus 1    | 3       | 5  | plus 2    | 2          | 1  | minus 1   | 2          |      | 4    | f. A.      | plus 2   | 1 | 3 | 1          |
| 3.10 Qualifikation der Untersuchenden   | 5        | 4  | minus 1   | 4       | 5  | plus 1    | 3          | 1  | minus 2   | 1          | 3    | 2    | plus 2     | plus 1   | 1 | 3 | 2          |
| 3.11 Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher   | 5        | 5  | 0         | 4       | 4  | 0         | 4          | 1  | minus 3   | 5          | 2    | 2    | minus 3    | minus 3  | 2 | 0 | 3          |
| 3.12 Kosten   | 5        | 4  | minus 1   | 3       | 3  | 0         |            | 1  | f. A.     | 5          | 3    | 1    | minus 2    | minus 4  | 2 | 0 | 3          |
| 3.13 Änderungen und Modifizierungen   | 5        | 4  | minus 1   | 5       | 4  | minus 1   | 5          | 1  | minus 4   | 1          | 1    | 2    | 0          | plus 1   | 2 | 1 | 3          |
| 3.14 Berufsberatung im Rahmen der Untersuchungen  | 5        | 4  | minus 1   | 5       |    | f. A.     | 5          | 1  | minus 4   | 1          | 1    | 2    | 0          | plus 1   | 1 | 1 | 2          |
| 3.15 Berufsberatung unabhängig von Untersuchungen   | 3        | 4  | plus 1    | 1       | 3  | plus 2    | 3          | 3  | 0         | 3          | 3    | 2    | 0          | minus 1  | 1 | 2 | 1          |
| 4.1 Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigung Jugendlicher                                | 3        | 5  | plus 2    | 3       | 5  | plus 2    | 4          | 2  | minus 2   | 3          | 2    | 4    | minus 1    | plus 1   | 2 | 3 | 2          |
| 4.2 Erfassung der entstehenden Kosten durch gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Jugendlichen | 1        | 3  | plus 2    | 5       | 4  | minus 1   | 1          | 1  | 0         | 1          | 1    | 4    | 0          | plus 3   | 1 | 2 | 1          |
| 4.3 Weiterverwendung von Daten  | 5        | 2  | minus 3   | 5       | 4  | minus 1   |            | 3  | f. A.     | 1          | 1    | 2    | 0          | plus 1   | 1 | 1 | 2          |
| 4.4 Evaluation  |          | 3  | f. A.     | 3       | 4  | plus 1    | 3          | 1  | minus 2   | 3          | 2    | 2    | minus 1    | minus 1  | 1 | 1 | 3          |
| <b>a</b>  |          |    | <b>1</b>  |         |    | <b>1</b>  |            |    | <b>2</b>  |            |      |      | <b>1</b>   | <b>2</b> |   |   |            |
| <b>b</b>  |          |    | <b>10</b> |         |    | <b>11</b> |            |    | <b>3</b>  |            |      |      | <b>5</b>   | <b>9</b> |   |   |            |
| <b>c</b>  |          |    | <b>5</b>  |         |    | <b>6</b>  |            |    | <b>12</b> |            |      |      | <b>8</b>   | <b>9</b> |   |   |            |

a = Mittlere Abweichung (gerundet)

b = Anzahl der besseren Einschätzung durch den Bearbeiter der Selbsteinschätzung

c = Anzahl der schlechteren Einschätzung durch den Bearbeiter der Selbsteinschätzung

SB = Selbstbewertung durch die EU-Partner

FB = Fremdbewertung mittels des Kategoriensystems

f. A. = fehlende Angabe

Tabelle 17 zeigt für die Länder Finnland, Italien, Tschechien und Österreich die Einschätzungen der Fremdbeurteilung der Bearbeiter der TUD und der Selbstbeurteilung der Partner der genannten EU-Staaten für insgesamt 20 vergleichbare Themenkomplexe. In den Spalten bzw. Zeilen, die mit einem ‚a‘ gekennzeichnet sind, sind die mittleren Abweichungen der Fremd- und Selbsteinschätzungen dargestellt (auf die jeweilige Stufe gerundet). Die Spalten bzw. Zeilen ‚b‘ und ‚c‘ geben die besseren (Abweichung nach oben) und schlechteren Einschätzungen (Abweichungen nach unten) durch den Bearbeiter des jeweiligen EU-Landes wieder.

Von den 28 Fragen zur Selbsteinschätzung können 20 Fragen im Vergleich genutzt werden. Folgende sechs Fragen werden nicht berücksichtigt, da die Sachverhalte im Kategoriensystem nicht abgebildet werden können:

- 1.2 Wie beurteilen Sie die rechtlich normierte Altersdefinition Jugendlicher in Bezug auf die Anforderungen eines präventiven Jugendarbeitsschutz auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Definition Jugendlicher bzgl. des Alters]
- 2.1 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Situation der Jugendlichen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Gesundheitliche Situation Jugendlicher]
- 2.2 Wie beurteilen Sie die Erfassung der gesundheitlichen Situation der Jugendlichen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Erfassung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher]
- 2.3 Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsförderlichen Programmen in Ihrem Land für die Zielgruppe der Jugendlichen auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Zusatzfrage]
- 3.2 Wie beurteilen Sie die Umsetzung der Ziele, die mit der gesundheitlichen Betreuung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land erreicht werden sollen auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Zusatzfrage]
- 3.4 Wie beurteilen Sie die aufgewendete Zeit für die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Dauer der Untersuchungen]

Ebenfalls kann die Aufspaltung der Frage 3.6 nicht in den Vergleich einbezogen werden. Die Frage 3.6 wird dahingehend verglichen, ob Untersuchungsinstrumente und -methoden, die im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen genutzt werden, in Bezug auf die Erfassung von möglichen gesundheitlichen Einschränkungen beim Jugendlichen zuverlässig und genau sind.

Von 96 möglichen Übereinstimmungen zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungen gibt es:

- 17 Übereinstimmungen (17,7%),
- 43 Abweichungen um 1 Stufe (44,8%),
- 23 Abweichungen um 2 Stufen (23,9%),
- 9 Abweichungen um 3 Stufen (9,4%),
- 3 Abweichungen um 4 Stufen (4,2 %).

Bei Ordinalskalen, die hier vorliegen, können Abweichungen zwischen benachbarten Stufen (d. h. 1 Stufe) nicht als aussagekräftige Unterschiede interpretiert werden.

Die Abweichungen variieren zwischen den Bearbeitern im Mittel zwischen einer und zwei Stufen. Ebenfalls variieren die Abweichungen zwischen den Themenkomplexen. Die Themenkomplexe:

- 3.1 Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes,
- 3.8 Verwertung der Daten im Rahmen der Dokumentation von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen,
- 3.15 Berufsberatung unabhängig von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

weisen eine geringe Abweichung von weniger als einer Stufe auf. Wohingegen bei den Themenkomplexen

- 1.3 Gesundheitsziele für Jugendliche,
- 3.3 Zeitpunkte und Fristen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen,
- 3.6 Untersuchungsinstrumente und -methoden im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen,
- 3.11 Konzept der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher,
- 3.12 Kostenübernahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen,
- 4.1 Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigung Jugendlicher durch das Arbeitsleben.

Abweichungen von mindestens zwei Stufen vorliegen. Bei derartigen Abweichungen unterscheiden sich die Bearbeiter in der Richtung der Abweichung sowohl nach oben als auch nach unten. Durch den jeweiligen Bearbeiter wurde also in einigen Fällen eine bessere, in anderen Fällen eine schlechtere Einschätzung abgegeben als in der Fremdbewertung mittels des Kategoriensystems. Für den Themenkomplex 1.3 ‚Gesundheitsziele für Jugendliche‘ liegen genauso wie für die Themenkomplexe 3.6 ‚Untersuchungsinstrumente und -methoden im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen‘ sowie 4.1 ‚Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigung Jugendlicher durch das Arbeitsleben‘ in drei Fällen bessere und in zwei Fällen schlechtere Selbsteinschätzungen im Vergleich zur Fremdeinschätzung vor. Der Themenkomplex 3.3 ‚Zeitpunkte und Fristen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen‘ wird durch die Bearbeiter in vier Fällen schlechter eingeschätzt als die Fremdeinschätzung mittels des Kategoriensystems und in einem Fall gleichwertig eingestuft. Die Themen-

komplexe 3.11 ‚Konzept der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher‘ und 3.12 ‚Kostenübernahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen‘ werden durch drei Bearbeiter schlechter eingeschätzt, während die anderen Bearbeiter mit der Fremdeinschätzung übereinstimmen.

Die Einschätzungen der beiden österreichischen Bearbeiter weichen in 14 von 19 auswertbaren Themenfeldern (73,7%) voneinander ab. Die Abweichung beträgt im Mittel eine Stufe.

Im Vergleich zwischen der Selbsteinschätzung, die durch die Bearbeiter der jeweiligen EU-Teilnahmeländer angefertigt wurde, und der Fremdeinschätzung, die anhand des Kategoriensystems erfolgte, ergeben sich mittlere Abweichungen um rund eine Stufe. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass durchaus unterschiedliche Einschätzungen vorgenommen wurden. Die Selbsteinschätzungen resultieren aus wiederum unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und Einstellungen der Bearbeiter. Der tschechische Bearbeiter schätzt den Jugendarbeitsschutz in seinem Land im Vergleich zu den anderen teilnehmenden EU-Ländern überwiegend als mangelhaft ein. Die unterschiedlichen Erfahrungshintergründe der Bearbeiter werden ebenfalls deutlich, wenn man die beiden Selbsteinschätzungen für Österreich vergleicht. Die Abweichung der beiden österreichischen Bearbeiter liegt im Mittel bei einer Stufe und ist mit der erzielten durchschnittlichen Abweichung von Selbst- und Fremdeinschätzung durchaus vergleichbar.

Die bewerteten 20 Themenkomplexe unterscheiden sich außerdem hinsichtlich der mittleren Abweichung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Hier stellt sich die Frage nach der Begründbarkeit dieser Unterschiede. Zunächst ist kritisch zu bemerken, dass die Selbsteinschätzung auf der Basis von Einschätzungen einzelner Themengebiete von ‚mangelhaft‘ bis ‚sehr gut‘ erfolgt ist, während das Kategoriensystem auf standardisierten Antwortkategorien beruht, die nur aufgrund des Vergleichs mit der Selbstbewertung auf eine Skala von 1 bis 5 transformiert wurden. Bei einzelnen Themenkomplexen wurden die Fragen im Kategoriensystem etwas modifiziert dargestellt, außerdem wurden einzelne Fragen aufgrund ihrer mangelnden Standardisierbarkeit in das Kategoriensystem nicht aufgenommen, sodass eine vollkommen identische Bewertungsgrundlage nicht gegeben ist. Die Abweichungen der Selbsteinschätzungen von den Fremdeinschätzungen sind für verschiedene Themengebiete sehr unterschiedlich ausgefallen. Diese Unterschiede werden auf unterschiedliche Erfahrungshintergründe der Bearbeiter zurückgeführt. So schätzt einer der beiden voneinander unabhängig arbeitenden österreichischen Bearbeiter das Themengebiet 3.7 ‚Dokumentation der Untersuchungsergebnisse‘ besser ein als dieser Aspekt in der Fremdeinschätzung beurteilt wurde, wohingegen der andere österreichische Bearbeiter eine schlechtere Beurteilung abgibt als die Fremdeinschätzung. Werden die Antworten der Selbsteinschätzungen aller fünf Beurteiler miteinander verglichen, so werden identische Themengebiete von einigen Bearbeitern besser eingeschätzt, von anderen schlechter eingeschätzt als in der Fremdeinschätzung.

Die Bearbeiter weisen ein sehr unterschiedliches Bewertungsverhalten auf, was u. a. darauf zurückgeführt wird, dass die Themengebiete von ‚mangelhaft‘ bis ‚sehr gut‘ einzuschätzen waren, jedoch keine Operationalisierung vorgenommen worden war, was einer mangelhaften Einschätzung entspricht und was einer sehr guten Einschätzung.

In der Gegenüberstellung der Selbst- und Fremdeinschätzungen zeigt sich über alle 20 Themengebiete, dass mittels der Fremdeinschätzung Unterschiede in den Jugendarbeitsschutzsystemen im Hinblick auf die ärztlichen Untersuchungen gefunden werden können und sich dies in den Selbsteinschätzungen wiederholt.

Die Bearbeiter von Finnland und Italien schätzen ihr Jugendarbeitsschutzsystem als ‚gut‘ ein. Dieser Wert wird auch in der Fremdeinschätzung erzielt. Das österreichische System wird von den beiden voneinander unabhängig urteilenden Bearbeitern als ‚befriedigend‘ bis ‚ungenügend‘ bewertet. Das Ergebnis ‚befriedigend‘ wird auch in der Fremdeinschätzung erzielt. Eine deutliche Abweichung ergibt sich für das tschechische System. In der Selbstbewertung des Bearbeiters wird das Prädikat ‚ungenügend bis ausreichend‘ erreicht, während anhand der Fremdbewertung die Gesamteinschätzung ‚befriedigend‘ erzielt wird. Möglicher Weise beruht diese Einschätzung darauf, dass der Jugendarbeitsschutz derzeit in Tschechien überarbeitet wird und somit Schwachstellen umfassend identifiziert sind und diskutiert werden. Die Wahrnehmung ist auf die Schwächen des Systems gerichtet, was sich in einer schlechteren Eigenbewertung niederschlägt. Es wird insgesamt davon ausgegangen, dass das Kategoriensystem zur Einteilung verschiedener Aspekte des Jugendarbeitsschutzes im Hinblick auf die ärztlichen Untersuchungen genutzt werden kann. Wie bereits erwähnt können bei Ordinalskalen, die hier vorliegen, Abweichungen zwischen benachbarten Stufen (d. h. 1 Stufe) nicht als aussagekräftige Unterschiede interpretiert werden. Natürlich können auch nationale bzw. kulturelle Unterschiede im subjektiven Antwortverhalten Einfluss auf mögliche Abweichungen haben, auch wenn die Situation in den Ländern objektiv gleich oder ähnlich zu bewerten ist.

## **6 Ableitung von Handlungsempfehlungen**

### **6.1 Grundlage der Handlungsempfehlungen**

Auftrag des Forschungsvorhabens ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Effizienz von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland. Zur Ableitung der Handlungsempfehlungen wurde ein Vergleich zwischen dem deutschen System und den Systemen in sechs Vergleichsländern der Europäischen Union vorgenommen. Die EU-Vergleichsländer sind Finnland, Frankreich, Italien, die Niederlande, Österreich und die Tschechische Republik; worauf in den vorhergehenden Kapiteln eingegangen wurde.

Im Vergleich zu diesen Ländern hat Deutschland ein gutes Jugendarbeitsschutzgesetz und eine durchaus zufriedenstellende Umsetzung. Es gibt kein System in den betrachteten EU-Ländern, das als Ganzes beispielgebend für Deutschland genommen werden kann.

Unterschiede in Teilbereichen werden zur Umsetzung des Auftrages dahingehend untersucht, ob eine Übertragbarkeit auf das deutsche System zu einer Verbesserung der Effizienz und Wirksamkeit der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland führen kann.

Im Folgenden sollen Vorschläge abgeleitet, deren Relevanz für das deutsche System beurteilt werden sowie eine Zuordnung zu kurz-, mittel- und langfristigen Umsetzungsmöglichkeiten erfolgen, soweit dies möglich ist. Da in den vorhergehenden Kapiteln die Ergebnisse im Ländervergleich ausführlich dargestellt und diskutiert wurden, erfolgt bei den Vorschlägen nicht nochmals eine Begründung aus den Länderuntersuchungen. Handlungsempfehlungen haben auch auf den Erfahrungen in unserem Lande und der Spezifik der Einordnung des Jugendarbeitsschutzes in das Präventionssystem unseres Landes zu erfolgen. Dies wird bei den folgenden Ausführungen berücksichtigt.

### **6.2 Handlungsempfehlungen für die ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Deutschland im Einzelnen**

#### **6.2.1 Zielstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes einschließlich der ärztlichen Untersuchungen**

Das Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 2 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2149) geändert worden ist, regelt in Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG den Schutz von Personen in Beschäftigungsverhältnissen, die noch nicht 18 Jahre alt sind.

Die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen regeln §§ 32-46 des Jugendarbeitsschutzgesetzes im vierten Titel „Gesundheitliche Betreuung“ des dritten Abschnitts „Beschäftigung Jugendlicher“.

Die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG über den Gesundheitsschutz erforderte lediglich partielle Änderungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes im nationalen Recht



(Schlüter, 1997). Hinsichtlich der ärztlichen Untersuchungen gehen die Mitgliedsländer über diese Richtlinie meistens hinaus. Im Artikel 6 der EG-Richtlinie 94/33EG bei allgemeinen Pflichten des Arbeitgebers werden vom Arbeitgeber Maßnahmen verlangt aufgrund „[...] einer Beurteilung der für die jungen Menschen mit ihrer Beschäftigung verbundenen Gefährdungen. Die Beurteilung erfolgt vor Beginn der Beschäftigung des jungen Menschen und bei jeder bedeutenden Änderung der Arbeitsbedingungen“. „Wenn diese Beurteilung ergibt, dass eine Gefahr für die Sicherheit, die körperliche oder geistige Gesundheit oder die Entwicklung des jungen Menschen besteht, so ist sicherzustellen, dass unbeschadet der Richtlinie 89/391/EG in regelmäßigen Zeitabständen kostenlos eine angemessene Bewertung und Überwachung des Gesundheitszustandes des jungen Menschen erfolgt. Die kostenlose Gesundheitsbewertung und -überwachung kann Bestandteil eines nationalen Gesundheitssystems sein.“ Nur bei Gefahr erfolgt eine angemessene Bewertung und Überwachung des Gesundheitszustandes der jungen Menschen. Diese Gefahr beurteilt der Arbeitgeber des Kleinbetriebes und eines Konzerns. Diese Beurteilungspflicht des Arbeitgebers übersteigt ohne Unterstützung seine Möglichkeiten, bietet keine Gewähr für die Gleichbehandlung aller Jugendlichen, erlaubt keine individuell bezogene Risikoanalyse, ist nur kurzfristig auf den Zeitraum der Ausbildung orientiert, ist abhängig von Konjunktur und Ausbildungslage. Es ist nicht definiert, wer diese Gesundheitsbewertung vornimmt. Die Anforderung an die Kontrollfunktion des Staates, die bereits heute sehr lückenhaft umgesetzt wird, würde erheblich steigen. Das System in Deutschland und in den meisten EU-Ländern mit verpflichtenden ärztlichen Untersuchungen ist weitaus verantwortungsvoller, nachhaltiger, erlaubt differenziertere Beurteilung. Im Interesse der Jugendlichen und der erheblichen Bedeutung der Bewertung von Arbeitseinflüssen in diesem Alter sollten ärztliche Untersuchungen verpflichtend bleiben.

Doch sollte in diesem Zusammenhang auch über die Ziele dieser Untersuchung nachgedacht werden, was im Folgenden stattfindet.

Der Arzt, der einen Jugendlichen untersucht, hat diesen unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte dahingehend zu beurteilen, ob seine Gesundheit und Entwicklung durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird. Ziel ist nicht, die Eignung für eine berufliche Ausbildung festzustellen oder gegenüber dem Arbeitgeber eine Aussage zu treffen, ob der Jugendliche die entsprechende Ausbildung erfüllen kann oder ob er in diesem Ausbildungsprozess krankheitsbedingt häufiger ausfällt. Dies ist Ziel der Einstellungsuntersuchung. Eine Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz sollte nicht mit einer Einstellungsuntersuchung verbunden sein.

Vorrangiges Ziel der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ist der Schutz des Jugendlichen vor negativen Arbeitseinflüssen. Dabei beschränkt sich die Gültigkeit des Gesetzes auf das Erreichen des 18. Lebensjahres.

Es sollte als Zielsetzung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen angestrebt werden, dass eine Beschäftigung aufgenommen wird, bei welcher durch das Einhalten der entsprechenden Arbeitsschutzmaßnahmen **im Verlauf des gesamten Arbeitslebens keine arbeitsbedingten Erkrankungen** auftreten. Dabei geht es nicht nur um die konkrete Berufsbezeichnung, sondern die Richtung der beruflichen Entwicklung. Grenzwerte und Verordnungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz sichern kei-

nen vollkommenen Schutz, ein bestimmter Teil der Betroffenen bleibt gefährdet. Hier wäre eine der wesentlichen und frühzeitigen Möglichkeiten, diesen Anteil der individuell Gefährdeten zu reduzieren. Eine solche Orientierung verfügt erst einmal nur über einen deklaratorischen Charakter, hat jedoch erhebliche Konsequenzen für die Durchführung. Eine Umsetzung ist mittelfristig machbar. Dies hat auch Einfluss auf die nachfolgenden inhaltlichen und methodischen Empfehlungen.

Die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz haben gegenwärtig keine Beziehung zu Zielstellungen und Methoden anderer gesundheits- und krankheitsbezogener Aktivitäten. Es ist nur festgelegt, dass Untersuchungsergebnisse wechselseitig nutzbar sind. Diese betrifft insbesondere Aktivitäten zur primären und sekundären allgemeinen Prävention und der Gesundheitsförderung. Sie haben auch keine unmittelbare Beziehung zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Es ist zu diskutieren, dass die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ein **Bestandteil der Umsetzung nationaler Gesundheitsziele** sind.

In den EU-Vergleichsländern sind sowohl **allgemeine Gesundheitsziele** als auch Gesundheitsziele speziell für Kinder- und Jugendliche auf nationaler Ebene, in Österreich auf regionaler Ebene gesetzlich verankert. Eine gesetzliche Verankerung wird als hypothetisch ‚hoher Standard‘ angenommen, da die Ziele und dessen Erreichung im Land festgelegt sind und anhand von Strukturen und Zuständigkeiten verfolgt werden. Für die Situation in Deutschland erscheint die Umsetzung der Gesundheitsziele derzeit sehr unverbindlich. Dementsprechend wird eine gesetzliche Verankerung der Gesundheitsziele empfohlen.

Die Betreuung Jugendlicher im Rahmen der Gesundheitsziele in Deutschland wird in der Umsetzung von zahlreichen Institutionen getragen. In einigen Vergleichsländern werden nach Angaben der Bearbeiter in diesem Rahmen gezielt Schulen und Gemeinden eingebunden, damit verbindet sich auch der Einbezug der Schulaufsichtsbehörden. Dies sollte auch für Deutschland diskutiert werden, da eine verbindliche Mitgestaltung der Gesundheitsziele in Schulen, wie dies mit den Schulabgangsuntersuchungen im Land Brandenburg bereits erfolgreich umgesetzt wird, sinnvoll ist. In diesem Rahmen könnten auch schul- und ausbildungsübergreifende Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden, was in Deutschland momentan häufig nur in Form von Einzelinitiativen erfolgt. Entsprechende überregional aufgelegte Programme mit Bezug auf das Arbeitsleben könnten im Rahmen von spezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen speziell für Jugendliche über die Berufsschulen, Handwerkskammern oder Unfallversicherungsträger umgesetzt werden. Eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und der Einbezug regionaler Netzwerke werden durch eine Umsetzung auf Gemeindeebene erreicht. In einigen EU-Vergleichsländern wird dies bereits umgesetzt.

Eine unmittelbare Beziehung der Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz und diesen Gesundheitszielen sowie Aktivitäten zu ihren Umsetzungen besteht nicht. Es ist jedoch denkbar und unter Effektivitätskriterien (siehe unten) wünschenswert, dass dieser Arztkontakt auch zur **allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung** genutzt wird und damit der Realisierung der Gesundheitsziele dient. Mit den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erfolgt für alle Jugendlichen in einer entwicklungs-sensiblen Phase der Kontakt zu einem Arzt. Deshalb ist grundsätzlich zu diskutieren, ob diese Möglichkeit im Sinne auch der Gesellschaft für all-

gemeine Prävention und Gesundheitsförderung stärker genutzt werden kann, als das bisher in Deutschland der Fall ist.

Spezifische Gesundheitsrisiken, Gesundheitsstörungen und Risiken in der Lebensführung, wie Übergewicht und Adipositas, der Konsum potentiell Sucht erzeugender Substanzen, sich entwickelnde oder bereits bestehende Abhängigkeiten sowie risikante oder aggressive Verhaltensweisen stellen einen möglichen Ansatzpunkt für gesundheitspräventive Strategien dar. Auch vor dem Hintergrund steigender Lebensarbeitszeiten gilt es, auch für Jugendliche Strategien zu entwickeln, die in der Zukunft die Erhaltung der Leistungsfähigkeit, in welchem Beruf auch immer, langfristig sicherstellen. Deshalb sollte der Jugendarbeitsschutz einen wesentlichen Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention im Jugendalter darstellen.

Außerdem können die Ergebnisse dieser erweiterten Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchungen zur Erfassung von Gesundheitsdaten mit Ableitung konkreter, quantitativ zu formulierender Gesundheitsziele und für Verlaufsanalysen genutzt werden.

So haben verschiedene EU-Partnerländer Verbindlichkeiten im Hinblick auf die Umsetzung von Maßnahmen allgemeiner Gesundheits- und Präventionsziele geschaffen: In Finnland, Frankreich, Italien und Österreich erfolgt beispielsweise eine Verankerung von allgemeinen Gesundheits- und Präventionszielen im nationalen Recht, eine Verankerung von spezifischen evidenzbasierten Zielen liegt für die Länder Italien, Frankreich und Österreich vor.

Darüber hinaus sind die Zielsetzungen der jeweiligen Gesundheitsziele in ein schul- und ausbildungsübergreifendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern Finnland, Italien, Tschechien, Österreich und Frankreich integriert, in Finnland und Italien fließen sie in spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein.

Dies erfordert eine grundsätzliche Diskussion, die über das Jugendarbeitsschutzgesetz hinausgeht. Es ist eine langfristige Aufgabenstellung.

In den EU-Vergleichsländern Finnland, Italien, Tschechien und Frankreich beinhalten die Maßnahmen des Jugendarbeitsschutzes, in Tschechien direkt abgestimmt mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, eine **Berufsberatung**. Zwar können sich die Jugendlichen über andere Stellen bezüglich gesundheitlicher Aspekte im Rahmen der Berufswahl informieren, dies sollte jedoch nicht der Eigeninitiative des Einzelnen überlassen werden. Auch für das deutsche System wäre es sinnvoll, dass Jugendlichen im Falle einer Gefährdung Alternativen aufgezeigt werden. Eine Berufsberatung in Abstimmung mit schulärztlichen Untersuchungen sollte diskutiert werden, da der Jugendliche so in der Lage ist, sich gezielt über mögliche berufliche Laufbahnen vor dem Hintergrund bestehender Erkrankungen oder individueller Gesundheitsrisiken zu informieren. In Tschechien wird bei Vorliegen bestimmter, auf der Grundlage von Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen individuell bestehender Gesundheitsgefährdungen in bestimmten Fällen für einen Jugendlichen rechtsverbindlich die freie Berufswahl eingeschränkt. Derartige Mechanismen werden aus ethischen Gründen für das deutsche System abgelehnt. Aus ethischen Gründen muss die Autonomie des Individuums respektiert werden. Erfahrungen aus dem vom Landesgesundheitsamt Brandenburg durchgeführten regionalen Modellpro-

jekt mit dem Ziel der Verbesserung der Früherkennung von allergischen Erkrankungen bzw. Atopien bei Schülern mit dem Titel "Allergie und Berufswahl" zeigen, dass durch den Ausbau der allergie- und berufsbezogenen Beratung durch die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes gesundheitlich riskante Berufswahlentscheidungen zu einem signifikanten Teil vermieden werden konnten. Das Modellprojekt hat bei sehr guter Akzeptanz zu einer deutlichen Verbesserung der Früherkennung von Atopikern geführt. Die Vermeidung unnötiger Berufswahleinschränkungen bei Schulabgängern mit Allergien wurde berücksichtigt. Auch wenn es gegenwärtig und in Zukunft Unsicherheiten bei der medizinischen Bewertung von Langzeitprognosen durch Arbeitseinflüsse bei allergischen, psychischen, Muskel- und Skeletterkrankungen u. a. gibt, spricht dies nicht gegen die Berufsberatung. In Einheit mit der vorher genannten allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung kann dies eine wirkungsvolle Aktivität für den Einzelnen sein. Die Berufsberatung bezieht sich auch nur auf Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Risiken.

Eine Erweiterung der Aufgabenstellung des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sichergestellt ist, dass entsprechende Anforderungen sowohl an die Qualität des Untersuchers als auch an die Durchführung der Untersuchungen erfüllt sind. Die genaue Festlegung der Qualitätsanforderungen an die Untersucher hängt von den Zielen ab, die mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen erreicht werden sollen.

### **6.2.2 Inhalt und Umsetzung von Qualitätsstandards bei der Durchführung der ärztlichen Untersuchung**

Grundlage für die ärztlichen Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz sind die in allen Bundesländern verbindlichen Erhebungsbögen. Die Art und Weise der Umsetzung obliegt dem Arzt.

Grundlage des Arztes für das Aussprechen von Tätigkeitsverboten ist die gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis und die ärztliche Erfahrung (Grundlage bei allen ärztlichen Gutachten) zu den Beziehungen zwischen vorhandenen Voraussetzungen, beruflichen Einflüssen und Erkrankungs- und Beeinträchtigungsentstehung. Dies ist eine der anspruchsvollsten ärztlichen Aussagen.

Neben der Festlegung von konkreten Qualifikationsanforderungen an den Untersucher ist es deshalb sinnvoll, dass spezielle Unterstützungen in Form von **Leitlinien, Qualitätskriterien und Durchführungsbestimmungen** formuliert werden.

In Frankreich und Finnland existieren Untersuchungsleitlinien für asthmatische Erkrankungen, Bewegungserkrankungen, psychomentele Erkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen und Allergien sowie in Italien und Tschechien Untersuchungsleitlinien für Sinnesbeeinträchtigungen. Darüber hinaus wird in Finnland und Italien die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst.

Auf der Grundlage der Leitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften sollten durch die Ärzteschaft für relevante Erkrankungsgruppen (Muskel-Skelett-Erkrankungen, Allergien, Lungenerkrankungen, Nervenkrankheiten, psychische Störungen) **Leitlinien** erarbeitet werden.

In Deutschland erfolgen keine regelmäßigen **Kontrollen** bezüglich der Durchführung der Untersuchungen, eine Qualitätskontrolle der Jugendarbeitsschutzuntersuch-

ungen findet nicht statt. Den Gewerbeaufsichtsämtern obliegt als aufsichtsführende Behörden auf Länderebene die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes und damit auch die Kontrolle über die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Die Kontrollen erfolgen derzeit nur stichprobenartig und nicht regelmäßig, die Frequenz der Kontrollen ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich, Verstöße gegen die Regelungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden in unterschiedlichen Branchen regelmäßig häufig beobachtet. Diese betreffen in erster Linie Verstöße gegen die Arbeitszeitregelungen. In den EU-Vergleichsländern sind teilweise Kontrollorgane installiert. Es sind jedoch keine Studien bekannt, die deren Nutzen nachweisen. In jedem Fall könnten regelmäßige Kontrollen der Durchführung der Untersuchungen überhaupt und die regelmäßige Durchführung von Qualitätsprüfungen dazu führen, dass ein höherer Standard der Untersuchungen erreicht wird. Dies betrifft auch die Umsetzung der ärztlichen Feststellungen im Betrieb. Neben der Kontrolle auf individueller Ebene (Durchführung, Umsetzung) kann durch die Weiterverarbeitung der Untersuchungsdaten eine qualitative Kontrolle erfolgen, ohne, dass das Arztgeheimnis verletzt wird (siehe unten).

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Festlegung von Qualitätsstandards für die Durchführung der Untersuchungen und nach unserer Auffassung auch für die Anforderungen an die Untersucher sind in § 46 JArbSchG gegeben: „§ 46 Ermächtigungen – (1) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann zum Zweck einer gleichmäßigen und wirksamen gesundheitlichen Betreuung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen und über die für die Aufzeichnungen der Untersuchungsbefunde, die Bescheinigungen und Mitteilungen zu verwendenden Vordrucke erlassen. (2) Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung 1. zur Vermeidung von mehreren Untersuchungen innerhalb eines kurzen Zeitraums aus verschiedenen Anlässen bestimmen, dass die Untersuchungen nach den §§ 32 bis 34 zusammen mit Untersuchungen nach anderen Vorschriften durchzuführen sind, und hierbei von der Frist des § 32 Abs. 1 Nr. 1 bis zu drei Monaten abweichen“.

Es muss geprüft werden, ob für eine umfangreiche kontinuierliche Erfassung von Gesundheitsdaten der Jugendlichen die rechtliche Grundlage bereits vorhanden ist.

Gleichfalls ist rechtlich die Möglichkeit gegeben, Schulabgangsuntersuchungen oder Jugendvorsorgeuntersuchungen mit Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (siehe unten) zu verbinden

Laut Angaben der EU-Partner existieren in Italien, Tschechien und den Niederlanden Aufsichten, welche die Durchführung der Untersuchungen prüfen, in Italien und den Niederlanden findet außerdem eine Qualitätsprüfung statt.

Während in Deutschland lediglich die Zahl der Untersuchungen statistisch erfasst wird, finden in Italien, Tschechien und Frankreich zudem krankheitsstatistische Aufbereitungen statt, in Italien werden darüber hinaus gesundheitsförderliche Aktivitäten für den jeweiligen Betrieb abgeleitet.

Kontrollaktivitäten werden unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu erweitern sein. Eine stärkere Funktion zur Qualitätssicherung können die Ausschüsse für Jugendarbeitsschutz spielen, die die Ausbildungsabbrüche aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen analysieren lassen sollten, was mit einer verpflichtenden Rückmeldung an die Ärzte verbunden sein sollte. Solche Statistiken werden u. a. durch

die Innungskrankenkasse (IKK) erstellt, unseres Wissens jedoch nicht weiter verfolgt. Auch eine Koordination und inhaltliche Abstimmung auf der Ebene eines Landes der verschiedenen gesundheitsrelevanten Untersuchungen im Jugendalter wäre aufgrund der breiten Zusammensetzung dieser Länderausschüsse möglich. Ohne inhaltliche Erweiterungen ist die Aufgabenstellung dieser Ausschüsse in Zukunft schwierig zu begründen.

Eine weitere Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung sind die **ärztlichen Untersuchungen und Dokumentationsbögen**.

Mit den gegenwärtig genutzten Anamneseerhebungsbögen wird die Krankheitsvorgeschichte umfassend abgefragt und mit den Untersuchungsbögen der körperliche Gesundheitszustand und der Entwicklungszustand der Jugendlichen ausführlich erhoben. Die Erkrankungen bei der Erfassung der Vorgeschichte sollten ergänzt werden, ob eine ärztliche Diagnose dahintersteht. Zum anderen sind bei Beschwerden arbeitsbezogene Funktionseinschränkungen stärker zu erfassen, d. h., die subjektiven Konsequenzen der Beschwerden zu erfragen. Dies erleichtert auch das ärztliche Handeln.

Im ärztlichen Untersuchungs- und Dokumentationsbogen kann durch eine gezielte Vorgabe von Krankheitsdiagnosen, die entsprechend ihrer Wertigkeit gewichtet werden, und eine Sortierung nach Krankheitsdiagnosen oder Organsystemen in Übereinstimmung mit der Sortierung der Tätigkeitseinschränkungen erfolgen, wodurch die Treffsicherheit der Untersuchungen gesteigert werden kann. Damit können auch Ärzte, die nicht regelmäßig Jugendarbeitsschutzuntersuchungen durchführen, zuverlässig wichtige Befunde erfassen, die dann einer weitergehenden Abklärung mit zusätzlichen Untersuchungen zugeführt werden können.

Im Zusammenhang mit der wachsenden psychischen Belastung der Arbeitstätigkeit und dem Ansteigen psychischer Störungen – auch im jugendlichen Alter – wurde seitens des Auftraggebers die Frage diskutiert, welche Rolle dies in der ärztlichen Untersuchung spielen soll und kann. Zum Screening auf psychische Auffälligkeiten sollten Anamnesebögen mit modernen Testverfahren Verwendung finden, die valide und reliabel psychische und soziale Auffälligkeiten erfassen und das Suchtpotential realistisch abbilden. Standardisierte Fragebögen werden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg eingesetzt und wurden in der KiGGS-Studie verwandt, wobei die Zielstellung letzterer nichts mit den Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz zu tun haben. In anderen Ländern werden standardisierte Verfahren mit derartiger Zielsetzung seit längerer Zeit erfolgreich eingesetzt. Derartige Erhebungsbögen können von den Jugendlichen selbst ausgefüllt werden und verlängern den Untersuchungsablauf damit in einem vertretbaren Ausmaß. Die Fragestellung, ob entsprechende Auffälligkeiten mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen in einem bestimmten Beruf behaftet sind, lässt sich dann individuell klären. In jedem Fall sollte gesichert sein, dass nur dann Fragen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten gestellt werden, wenn diese auch tatsächlich für die medizinische Bewertung auf wissenschaftlicher und ethischer Grundlage für die Zielsetzung des Jugendarbeitsschutzes relevant sind. Das Ergebnis der Anamneseerhebung in Form eines Beschwerdefragebogens kann nicht allein zu einem Beschäftigungsverbot führen, da die wissenschaftliche Erkenntnis der Beziehungen zur Arbeitstätigkeit in diesem Lebensalter und die wissenschaftliche Erkenntnis für ihre Prognose meist nicht bekannt sind. Eine Mitteilung an den Arbeitgeber hinsichtlich

eventueller mangelnder psychischer Belastbarkeit, wenn kein pathologisches, wissenschaftlich geprüftes Erkrankungsbild vorliegt, ist nicht möglich, verstößt gegen ethische Grundprinzipien und beinhaltet die Möglichkeit einer langfristigen Schädigung des Jugendlichen. Die Beratung steht hier im Vordergrund. Empfehlungen an den Arbeitgeber zur Gestaltung von Arbeitsanforderungen resultieren auch nur bei einem psychopathologischen Befund.

Ein allgemeines Gesundheitsrisiko (Risikoverhalten wie Rauchen, Ernährung oder Adipositas u. a.) hat in der Regel keine Konsequenzen für die Beschäftigungsfähigkeit in bestimmten Berufen. Ein allgemeines Risiko könnte nur soweit von Bedeutung sein, dass es durch arbeitsbedingte Einflüsse, unabhängig vom Individuum, verstärkt wird. Dies trifft auch grundsätzlich auf psychische, subjektive Störungen zu, auch wenn kein psychopathologisches Krankheitsbild vorliegt.

Die inhaltliche Gestaltung und methodische Umsetzung der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz war nicht unmittelbar Aufgabe des Forschungsprojektes. Dies richtet sich auch wesentlich nach den oben genannten Zielstellungen, die zukünftig mit diesen ärztlichen Untersuchungen verbunden sein können.

Der Grad der Umsetzung der Untersuchungen Jugendlicher mit standardisierten Verfahren einschließlich leitliniengerechter Methoden ist in den Vergleichsländern zum Teil höher ausgeprägt.

Es wird vorgeschlagen, eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Erhebungsbögen einzusetzen, die diese inhaltlichen und methodischen Fragen klärt. Sie kann auch das Steuergremium für die Beauftragung zur Erarbeitung von ärztlichen Leitlinien sein.

Die Relevanz dieses Vorschlages ist hoch, der Zeithorizont mittelfristig. Die Verantwortlichkeit muss festgelegt werden, da verschiedene Bereiche betroffen sind. Vordergründig geht es um medizinische Fragestellungen, die aber eingeordnet werden müssen in die Aufgabenstellungen und Strukturen des Jugendarbeitsschutzes. Deshalb könnte die Verantwortlichkeit möglicherweise beim Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, beim LASI, liegen.

Qualitätssichernd kann auch die **Datenauswertung der ärztlichen Untersuchungen** sein.

Bei Verbesserung und Standardisierung der Methodik und ihrer Umsetzung im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen steht umfangreiches, kontinuierlich erfasstes Datenmaterial zum Gesundheitszustand von Jugendlichen zur Verfügung.

Die Ergebnisse von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen werden in Italien statistisch aufbereitet. Dies dient in erster Linie der Ableitung gesundheitspolitischer Strategien, aber trägt auch zur Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben bei. In Deutschland erfolgt gegenwärtig keine vergleichbare zielgerichtete statistische Erfassung von Untersuchungsergebnissen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Ein derartiges Vorgehen wird jedoch empfohlen, da nur mit einer kontinuierlichen flächendeckenden EDV-gestützten Erfassung und Aufbereitung die Untersuchungsdaten sinnvoll genutzt werden können und die Situation

analysiert werden kann. Im Weiteren können Veränderungsprozesse angestoßen werden.

Mit der Einführung EDV-gestützter Systeme zur Dokumentation der Untersuchungsergebnisse werden zwangsläufig Investitionskosten anfallen, die aus Sicht des untersuchenden Arztes als Unternehmer auf der Kostenseite berücksichtigt werden müssen. Nur eine auch im Längsschnitt lückenlose Bereitstellung verlässlicher Daten in einfach auswertbarer Form lässt eine Auswertung mit dem Ziel der Verbesserung der bestehenden Praxis zu. Dies ist derzeit nicht gewährleistet. Dies hängt natürlich auch von den Zielstellungen ab.

### **6.2.3 Möglichkeiten einer Effizienzbetrachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes in seiner jetzigen Form**

Die Voraussetzungen zur Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse des Jugendarbeitsschutzgesetzes in Deutschland sind nicht erfüllt.

Eine Effizienzbetrachtung beschreibt als Kosten-Nutzen-Analyse mit welchem Aufwand welcher Nutzen erzielt wird. Zunächst müssen die Kriterien definiert werden. Erst mit Bestimmung von Kriterien zur Erstellung einer Effizienzbetrachtung kann ein Nutzen definiert werden. Zur Erfassung von Kosten müsste zunächst einmal festgelegt werden, welche Kosten überhaupt erfasst werden sollen und verwertbare Daten dazu bereitgestellt werden.

Der Sinn einer Kosten-Nutzen-Analyse des Jugendarbeitsschutzgesetzes in seiner jetzt bestehenden Form ist fragwürdig, da die im Jugendarbeitsschutzgesetz festgelegten Ziele auf den Zeitraum bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres begrenzt sind. Der Zeitraum, den das Gesetz zeitlich fasst, ist damit sehr eng begrenzt. Die Erfassung von Kosten, die aus arbeitsbedingten Erkrankungen, auch wenn diese als Folge von Vorerkrankungen im Jugendalter auftreten, sind nicht in der Zielstellung des Gesetzes beinhaltet.

Zur Effizienzbetrachtung gehören die Kosten. Die Kosten für die Maßnahmen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes tragen jeweils die Länder. Folgende Posten tragen zur Kostenentstehung bei: Kosten für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und Kosten für die Aufsicht über die Einhaltung des Gesetzes durch die Aufsichtsbehörden. Weitere Kosten entstehen durch gesundheitsbedingte vorzeitige Ausbildungsabbrüche und die Aufgabe von Tätigkeitsverhältnissen vor dem 18. Lebensjahr. Eine Erfassung dieser Kosten ist nicht möglich. Unklar ist, wie Kosten zugeordnet werden sollen, die sich aus gesundheitsbedingten Tätigkeitsaufgaben nach Vollendung des 18. Lebensjahres ergeben. Ohnehin ist eine zuverlässige und genaue Erfassung der Gesamtkosten, die durch aus arbeitsbedingten Erkrankungen resultierenden Arbeitsunfähigkeiten oder Umschulungen entstehen, nicht möglich, da keine gezielte und umfassende Erhebung von Daten dazu erfolgt. Dies wäre jedoch Voraussetzung für eine Kostenanalyse.

Die Problematik der Erhebung einer Effizienzbetrachtung ist kein für Deutschland spezifisches Problem, dies zeigen die Antworten der EU-Partnerländer zu den Fragen hinsichtlich der Effizienzanalyse. Eine Effizienzbetrachtung war keinem der Teilnehmerländer möglich, da in keinem der Teilnehmerländer Kriterien für eine Kosten-



Nutzen-Analyse definiert sind und in keinem Land eine hinreichend zuverlässige Erfassung der Kosten aus verwertbaren Daten erfolgt oder erfolgen kann, da diese nicht zentral erfasst werden. Von keinem der EU-Partnerländer konnten die Gesamtkosten der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen landesweit hinreichend genau beziffert werden.

Aussagen zur Effizienz respektive zur Steigerung der Effizienz sind nur möglich, wenn die Endpunkte und der Nutzen klar definiert sind. Eine Änderung der Aufgabenstellung und Zielsetzung mit entsprechender qualitätsgesicherter Organisation und Struktur der Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen und die Erfassung und Verarbeitung der Untersuchungsergebnisse könnte in der Zukunft die Voraussetzungen für eine Effizienzbetrachtung schaffen.

Auch zu Arbeitsunfähigkeiten jugendlicher Arbeitnehmer erfolgt keine systematische Datenerfassung mit der Zielsetzung der Effizienzsteigerung. In Deutschland führen zwar einzelne Krankenkassen in jährlichen Berichten Statistiken zum Krankheitsgeschehen ihrer Versicherten, es ist jedoch nicht möglich, Erkrankungen jugendlicher Arbeitnehmer mit ursächlichem Bezug auf berufliche Tätigkeiten in ihrer Gesamtheit eindeutig zu bewerten. Die aus Arbeitsunfähigkeiten mit beruflicher Veranlassung und arbeitsbedingten Erkrankungen entstehenden Kosten bei jugendlichen Arbeitnehmern werden in keinem der Teilnahmeländer systematisch erfasst. Da Ergebnisse aus der bestehenden gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher unter dem Nutzenaspekt nicht eindeutig abgeleitet werden können, kann die Entwicklung von Konzepten zur gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher nicht mit eindeutiger Vorhersage einer positiven Beeinflussung der Kosten-Nutzen-Relation und damit einer Effizienzsteigerung getroffen werden.

Es wird zur Gewinnung entsprechender Daten für die Zukunft empfohlen, Krankheitsstatistiken durch die Sozialversicherungsträger altersgruppenspezifisch zu erstellen und die Kosten von Arbeitsunfähigkeiten und arbeitsbedingten Erkrankungen gezielt zu erfassen. Nur aus einem derartigen Vorgehen können nationale Gesundheitsstrategien entwickelt werden und die Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher verbessert werden. Dies hängt jedoch wiederum mit der Zielstellung dieser ärztlichen Untersuchungen sowie der Untersetzung von Gesundheitsstrategien im jugendlichen Alter zusammen.

Einfach zu realisieren ist die Auswertung der Berufskrankheitsstatistiken in diesen Altersgruppen. Dies sollte ein regelmäßiger Schwerpunkt werden. Durch die Unfallversicherungsträger sind diese Daten (möglicherweise über die Länderausschüsse) auch den untersuchenden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

#### **6.2.4 Struktur der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz**

Den Status einer Pflichtuntersuchung haben Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Finnland, Italien und Frankreich. Mit der Regelung in Deutschland, dass die Nichtanspruchnahme der Erstuntersuchung und der ersten Nachuntersuchung zu einem Beschäftigungsverbot für den Jugendlichen führt, sind diese vom Status her Pflichtuntersuchungen. Dieser Sachverhalt sollte auch weiterhin Bestand haben.

Mit der Erstuntersuchung realisiert die Gesellschaft ihre Verantwortung für den Gesundheitsschutz in einer besonders sensiblen Lebensphase.

Unter dem Gesichtspunkt, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit sichergestellt werden soll, dass vom Jugendlichen ein Beruf erlernt wird, der ein Leben lang ohne ein erhöhtes individuelles Risiko für das Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen ausgeübt werden kann, wäre zu diskutieren, von vornherein einen stärkeren Arbeitsplatzbezug der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen herzustellen bzw. generell ein Basisprogramm standardisierter arbeitsmedizinischer Untersuchungsmethoden in die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen aufzunehmen. In diesem Zusammenhang sollten die bereits genannten Untersuchungsleitlinien für bestimmte Erkrankungen der Atemwege, allergische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, psychische Erkrankungen und Sinnesbeeinträchtigungen erarbeitet und diese evtl. verordnungsmäßig verankert werden.

Bei den Erstuntersuchungen sind auch die Vor- und Nachteile einer zeitlich näheren Beziehung der ärztlichen Untersuchung zur konkreten Berufsausbildung zu diskutieren.

Die Notwendigkeit einer **Nachuntersuchung** ist aus medizinischer Sicht auf jeden Fall gegeben. Mit der Erstuntersuchung können zwar bestimmte Krankheitsdispositionen und Vorerkrankungen, die mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen einhergehen, erkannt werden, jedoch erhöht sich die Treffsicherheit der ärztlichen Stellungnahme mit einer Nachuntersuchung, die stattfindet, nachdem eine Tätigkeit über einen längeren Zeitraum ausgeübt wurde.

Aus arbeitsmedizinischer Sicht problematisch ist die Tatsache, dass aufgrund des immer weiter ansteigenden Alters bei Eintritt in das Berufsleben die Rate derer, für die eine Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zwingend vorgeschrieben ist, sinkt. Sie ist an die Zufälligkeit des Berufseintrittsalters gebunden. In diesem Zuge ist anzumerken, dass es in den letzten Jahrzehnten ebenfalls zu einer Verschiebung der besuchten Schulformen gekommen ist. Während noch vor etwa zwanzig Jahren die Hauptschule die „Volksschule“ darstellte, absolviert ein zunehmender Anteil von Schülern heutzutage das Gymnasium und hat demzufolge bei Schulaustritt bereits das 18. Lebensjahr erreicht (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008). Jugendarbeitsschutzuntersuchungen entfallen dementsprechend für diese Auszubildenden. BUCHMANN (2000) beschreibt beispielsweise in diesem Zusammenhang, dass im Land Brandenburg im Jahre 1998 bei rund 11.500 IKK-Versicherten-Auszubildenden das Durchschnittsalter bei 19 Jahren lag. Ein Großteil der Auszubildenden wird somit im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen generell nicht erfasst.

Auch wenn das 18. Lebensjahr bereits erreicht wurde, hat eine Nachuntersuchung im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes einen anderen Charakter als arbeitsmedizinische Untersuchungen im Erwachsenenalter. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden nur unter bestimmten Bedingungen und Voraussetzungen als Pflicht- oder Angebotsuntersuchung realisiert. Damit würde ein Großteil der Jugendlichen nicht erfasst werden, womit die Chance vergeben würde, arbeitsbedingte Einflüsse frühzeitig zu erkennen. Angebotsuntersuchungen nach § 11 ArbSchG können eine solche Nachuntersuchung nicht ersetzen, da sie einen anderen Charakter haben und eine Wahrnehmung von Gefährdung durch den Arbeitnehmer voraussetzen.

Gerade bei Jugendlichen, auch über 18 Jahren, ist grundsätzlich eine geringere Gefährdungswahrnehmung typisch.

Es sollte demnach geprüft werden, ob eine Nachuntersuchung nach einem Jahr Berufsausbildung *grundsätzlich*, möglicherweise auch außerhalb der Zuständigkeit des Jugendarbeitsschutzgesetzes, realisiert werden soll. Gerade die erste Nachuntersuchung ist für die Erfassung berufsbedingter, während der Tätigkeit auftretender körperlicher und auch psychischer Beschwerden von enormer Bedeutung, und dies ist erfahrungsgemäß häufig bereits während des ersten Jahres der Beschäftigung der Fall. Auswirkungen der Beschäftigung auf Gesundheit und Entwicklung des Jugendlichen können nur mit der Nachuntersuchung erfasst werden.

Nachuntersuchungen können darüber hinaus als Instrument zur Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes dienen. Die Kenntnis der entsprechenden gesetzlichen Regelungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist für den Untersuchenden dafür Voraussetzung.

Die Qualifizierung der ärztlichen Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz kann nicht ohne Einbezug der **anderen ärztlichen Untersuchungen in diesem Lebensabschnitt** betrachtet werden. Auf eine mögliche Variante der Verbindung mit den Schulabgangsuntersuchungen – soweit noch vorhanden – als Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Zu empfehlen ist auch, dass Jugendarbeitsschutzuntersuchungen im Rahmen der **arbeitsmedizinischen Vorsorge** durchgeführt oder mit ihr enger verbunden werden. Wenn mehrere Untersuchungen notwendig sind oder angeboten werden müssen, sollten sie zeitlich koordiniert ablaufen. In Finnland, Österreich und Frankreich wird dies so gehandhabt, in Italien resultiert eine entsprechende Umsetzung dieser Forderung aus dem Umstand, dass der im Unternehmen verortete Arbeitsmediziner die Untersuchung der Jugendlichen durchführt. Dies ist ein Beispiel dafür, dass auch ohne spezielle gesetzliche Festlegungen aufgrund geschaffener Rahmenbedingungen ein hoher Standard in der Umsetzung erreicht werden kann. Auf der Basis einer Verbindung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen mit Untersuchungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ließe sich eine, auf die konkreten Arbeitsbedingungen ausgerichtete, umfassende ärztliche Betreuung Jugendlicher schaffen. Aus einer Spezifizierung des Untersuchungskonzepts könnte eine Verbesserung des bestehenden deutschen Systems resultieren.

Die Nachuntersuchung sollte auf *alle Fälle von einem Arbeitsmediziner* realisiert werden. Die Durchführbarkeit entsprechend der Betriebsgrößenstruktur muss diskutiert werden.

### 6.2.5 Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte

Mit der Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen sind in Deutschland gegenwärtig alle approbierten Ärzte betraut. Da für die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen über die ärztliche Approbation hinaus keine weiteren Qualifikationsvoraussetzungen verlangt werden und der Jugendliche und dessen Personensorgeberechtigter die medizinische Qualifikation des Untersuchers nicht beurteilen können, bleibt es im Regelfall dem Zufall überlassen, ob die Unter-

suchungen von Ärzten mit entsprechenden Fachkenntnissen durchgeführt werden und im Ergebnis hinsichtlich der formulierten Fragestellungen effektiv sind. In den Vergleichsländern existieren bezüglich der Festlegung der untersuchenden Ärzte differenziertere Systeme. Es partizipieren teilweise gezielt Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsmediziner und Schulärzte, sowie kommunale Gesundheitseinrichtungen. In Finnland und den Niederlanden werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien oder Durchführungsbestimmungen konkretisiert. Ebenso existieren spezifische Fortbildungen oder Zusatzqualifikationen für das mit den Untersuchungen beauftragte Personal.

Für Deutschland wäre zu diskutieren, die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher in die Hände von Medizinern mit spezifischer Fachausbildung, in erster Linie in die Hände von Arbeitsmedizinern, Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder von Kinder- und Jugendärzten (nur Erstuntersuchungen) zu legen. Gegenwärtig werden sowohl die Erstuntersuchungen als auch die Nachuntersuchungen nur in sehr wenigen Fällen von Fachärzten für Arbeitsmedizin durchgeführt. Nachuntersuchungen werden zu einem etwas höheren Anteil von Arbeits- und Betriebsmedizinern durchgeführt, da Unternehmen ab einer gewissen Größe den Jugendlichen häufig nahe legen, die Nachuntersuchung vom Betriebsarzt durchführen zu lassen.

Die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen werden auch weniger von Arbeitsmedizinern durchgeführt, weil aufgrund ihrer Aufgabenstellung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen die Arbeitsmedizin in Deutschland keine medizinische Fachdisziplin ist, die in das System der Kassenärztlichen Versorgung eingegliedert ist. Dies hat auch dazu geführt, dass für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen von den Jugendlichen in erster Linie Ärzte konsultiert werden, die diese bereits kennen, also Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte. Weiterhin kommt hinzu, dass die teilweise unterschiedlichen Finanzierungsquellen der Ärzte (Arbeitsmediziner Arbeitgeber) ein Hindernis darstellen.

Kenntnisse über Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen bestimmter Gesundheitsstörungen und arbeitsbedingt gehäuft auftretender Erkrankungen setzen, neben medizinischem Spezialwissen, einen entsprechenden Wissensstand über die moderne Arbeitswelt mit den in bestimmten Berufen arbeitsbedingt gehäuft auftretenden Erkrankungen voraus. Grundlage für eine treffsichere und aussagekräftige individuelle Beurteilung der Jugendlichen ist neben der Kenntnis der Schutzvorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes das Wissen um die Bedeutung von Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen für das Berufsleben.

In Finnland findet neben der Erfassung des Gesundheitszustands des Jugendlichen und möglichen Auswirkungen auf seine Beschäftigung die Ableitung von Empfehlungen an den Arbeitgeber für mögliche Schutzmaßnahmen und an den Jugendlichen bezüglich möglicher gesundheitsfördernder Aktivitäten statt. Dabei handelt es sich um einen lösungsorientierten Ansatz, der die Kommunikation zwischen den Betroffenen fördert. Ein derartig gestaltetes Vorgehen könnte auch für Deutschland diskutiert werden. Momentan werden bei auffälligen Untersuchungsbefunden lediglich Tätigkeitsbeschränkungen ausgesprochen.

Bisher besteht in Deutschland eine zusätzliche **Qualifikationspflicht** nicht. Diese sollte für alle Ärzte, die an den Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeits-

schutzgesetzes beteiligt sind, eingeführt werden. In Verantwortung der Bundesärztekammer sollte ein entsprechendes Curriculum erarbeitet werden.

Spezifische Fortbildungen und Zusatzqualifikationen, die in gewissen Zeitabständen nachzuweisen sind, sollten für die Untersucher und für medizinisches Fachpersonal, welches in die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingebunden ist, rechtsverbindlich zur Voraussetzung gemacht werden.

Ärztliche Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes finden in den EU-Vergleichsländern in Schulen, Behörden und Betrieben statt. Der **Ort der Durchführung** ist damit verbindlicher als in Deutschland. Dies hängt natürlich mit den zu beauftragenden Ärzten zusammen. Gegenwärtig ist der Hauptort die Praxis des niedergelassenen Arztes. Wenn bestimmte Qualifikationsanforderungen an die durchführenden Ärzte gestellt werden, die die Zahl der Ärzte einengen, dann wäre dementsprechend zu überlegen, ob die (Berufs-) Schule, der Betrieb oder auch kommunale Gesundheitseinrichtungen als Orte für die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen geeigneter wären.

Die Erstuntersuchungen können entweder – wie das Beispiel Brandenburg zeigt – institutionalisiert und mit den Schulabgangsuntersuchungen verbunden werden. Dies wird wahrscheinlich in allen Bundesländern nicht möglich sein. Deshalb sollten die Erstuntersuchungen weiterhin von allen approbierten Ärzten mit entsprechender Fortbildungspflicht durchgeführt werden. Die Nachuntersuchungen sollten dagegen von Arbeits- und Betriebsmedizinern durchgeführt werden. Damit würden sie demnach im Rahmen des betriebsärztlichen Dienstes absolviert werden.

### 6.2.6 Kostenübernahme

Gegenwärtig trägt das jeweilige Bundesland, in dem der zu untersuchende Jugendliche zum Zeitpunkt der Untersuchung seinen ersten Wohnsitz hat, die Kosten der ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Entsprechend der Zielsetzung des Jugendarbeitsschutzgesetzes in seiner jetzigen Form ist dies nachvollziehbar. Mit einer Erweiterung der Aufgabenstellung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, z. B. durch allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung oder Erfassung von Gesundheitsdaten, sollte auch darüber nachgedacht werden, ob die jetzige Form der Kostenträgerschaft beibehalten werden soll, oder ob in die Übernahme der Untersuchungskosten auch andere Kostenträger einbezogen werden sollen.

Mit einer Erweiterung der Zielsetzung der ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ändern sich auch die Interessenslagen. Es sollte geprüft werden, ob die gesetzlichen Unfallversicherungsträger oder die Arbeitgeber in die Kostenübernahme einbezogen werden können. Mit erweiterter Aufgabenstellung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung werden mit der Erstuntersuchung Inhalte einer Einstellungsuntersuchung in Form der Erfassung des Gesundheitszustandes erbracht. Mit der Erfüllung ihres Präventivauftrages hätte die gesetzliche Unfallversicherung ein unmittelbares Interesse an der Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen, da diese hohe Kosten verursachen. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung verfügt über Daten zu berufsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten und erfüllt damit die Voraussetzungen zur Beurteilung und Steigerung der Effektivität und Effizienz dieser ärztlichen Untersuchungen am besten.

Sollte die Jugendarbeitsschutzuntersuchung in die Realisierung allgemeiner Gesundheitsziele, zur Erfassung von Gesundheitsdaten, zur allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden, dann muss die Kostenverteilung generell geprüft werden – auch unter Einbeziehung der Krankenkassen.

Derzeit werden Erst- und Nachuntersuchungen nach Ziffer 32 GOÄ mit dem einfachen Satz, also mit **23,31 €** je Untersuchung vergütet. Auch unter betriebswirtschaftlichen Überlegungen beträgt der Zeitaufwand pro Untersuchung gegenwärtig 15 bis 30 Minuten. Selbst für den Fall, dass keinerlei Vorerkrankungen bestehen, die Anlass zur Überlegung von Tätigkeitseinschränkungen geben, und die körperliche Untersuchung vollkommen unauffällig ist, ist diese Zeit für eine ausführliche Anamneseerhebung, die Erhebung des Ganzkörperstatus und eine Beratung äußerst knapp bemessen.

Die Kosten wurden durch die EU-Partnerländer nicht angegeben. Lediglich Österreich nennt einen Durchschnittswert von 40,40€.

Kostenträger sind dahingegen in Italien, Finnland und Frankreich die Arbeitgeber, wenn die Untersuchung in Bezug zur Arbeit steht.

Zweifelsfrei muss die Qualität dieser ärztlichen Untersuchungen erhöht werden. Dies geschieht durch die Festlegung von Arztgruppen, die diese Untersuchung durchführen oder/und Forderungen nach Qualifikation und Fortbildung für diese Tätigkeit. Die Forderung nach Fortbildung muss einhergehen mit Erhöhung des entsprechenden GOÄ-Satzes für die Erst- und Nachuntersuchung. Für Ergänzungsuntersuchungen ergeben sich keine zusätzlichen Kostenforderungen. Sie werden nach den GOÄ-Regeln abgerechnet.

In der nachfolgenden Tabelle 18 sind Vorschläge von Handlungsempfehlungen für die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes aufgeführt. Eine Reihe dieser Vorschläge erfordern politische Entscheidungen, meist ohne die Notwendigkeit der Änderungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Man muss entscheiden, was man will. Zum anderen ist der Zeithorizont vorgeschlagen worden, kurzfristige Maßnahmen lassen sich innerhalb eines Jahres regeln, mittelfristige erfordern aufgrund von Entscheidungen z. B. zu den Zielstellungen eine mindestens ein- bis zweijährige Perspektive, langfristige Maßnahmen müssen eingeordnet werden in das Gesamtgesundheitssystem und erfordern deshalb längerfristige Perspektiven.

**Tabelle 18:** Vorschläge an Maßnahmen

| <b>Komplex</b>             | <b>Maßnahme</b>  | <b>Relevanz</b> | <b>Zeit-horizont</b> | <b>Verant-wortung</b>                         |
|----------------------------|--|-----------------|----------------------|---|
| <b>Ziele</b>               | Mitwirkung bei der Realisierung von Gesundheitszielen  | mittel          | langfristig          | Politik                                       |
|                            | Einbeziehung in Prävention und Gesundheitsförderung  | hoch            | langfristig          | Politik                                       |
|                            | Auswertung erfasster Gesundheitsdaten zu Strategienableitung und Qualitätssicherung                    | hoch            | mittelfristig        | Politik                                       |
|                            | Ausweitung auf Berufsberatung  | hoch            | mittelfristig        | Politik                                       |
| <b>Qualitäts-sicherung</b> | Überarbeitung der Erfassungsbögen  | mittel          | kurzfristig          | BMAS/Bundesärztekammer (BÄK) als Auftraggeber |
|                            | Entwicklung von Leitlinien der ärztlichen Beratung und Entscheidung in Problemfällen                   | hoch            | kurzfristig          | BÄK   |
|                            | Entwicklung eines Fortbildungsprogramms  | hoch            | kurzfristig          | BÄK   |
|                            | Auswertung der Gesundheitsdaten (EDV-gestütztes Programm)  | mittel          | mittelfristig        | Politik                                       |
|                            | Auswertung der Ausbildungsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen  | hoch            | kurzfristig          | Länderaus-schüsse                             |
|                            | Anpassung der Bezahlung an den Aufwand, die Zielstellung und Fortbildung                               | mittel          | kurzfristig          | Politik                                       |
| <b>Struktur</b>            | Verbindlichkeit einer Nachuntersuchung unabhängig vom Alter  | hoch            | langfristig          | Politik                                       |
|                            | Abstimmung mit anderen Untersuchungen (arbeitsmedizinische Vorsorge, Schulabgangsuntersuchungen u. a.) | hoch            | mittelfristig        | Politik                                       |
|                            | Erstuntersuchung durch approbierte Ärzte mit Fortbildung   | hoch            | mittelfristig        | Politik / Ärzteorgani-sationen                |
|                            | Nachuntersuchungen durch Arbeits-mediziner   | mittel          | kurzfristig          | Politik                                       |

## 7 Literaturverzeichnis

**Altenhofen, L.; Oliveira, J.:** Jugendgesundheitsberatung in der Bundesrepublik Deutschland 1996. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). Köln: 1998

**Arbeitsgemeinschaft der Oberste Landesgesundheitsbehörden (AOLG):** Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf: 2003

**Barkmann, C.:** Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening. Hamburg: Verlag Dr. Kovac 2003

**Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV) (Hrsg.):** Jugendarbeitsschutzuntersuchung. Hinweise für Ärzte, München: 2007

**Brägger, G.; Paulus, P.; Posse, N.:** Definition „gesunde Schule“ der drei Programme Bildung und Gesundheit Netzwerk Schweiz, Opus NRW und Anschub.de. 2005

**Brederode, van, M.:** Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Minderjährige. In: Landschaftsverband Rheinland: Suchterkrankungen im Jugendalter Die klinische Behandlung von suchtkranken Kindern und Jugendlichen in spezialisierten Angeboten. Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen/Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen. Köln: Landschaftsverband Rheinland 2006, 6-17

**Buchmann, U.:** Der Krankenstand von Auszubildenden im Land Brandenburg – Strukturdaten der bei der IKK versicherten Auszubildenden. In: Landesarbeitskreis Arbeit und Gesundheit des Landes Brandenburg (Hrsg.): Gesundheit und Ausbildung im Land Brandenburg. Dokumentation einer Fachtagung. Potsdam: 2000

**Bundesgesetzblatt.** Jugendschutzgesetz (JuSchG), Nr. 51, Bonn: 2002

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz:** Jugendliche im Arbeitnehmerschutzrecht.  
<http://www.arbeitsinspektion.gv.at/Al/Personengruppen/Jugendliche/default.htm>.  
Wien: 2009

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS):** Klare Sache. Informationen zum Jugendarbeitsschutz und zur Kinderarbeitsschutzverordnung. Stand: Januar 2010.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.):** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: BZgA 2001

**Bundesministerium für Gesundheit Referat für Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.),** Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin: 2008



**Bundesministerium für Gesundheit Referat für Öffentlichkeitsarbeit** (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Robert Koch-Institut: gesundheitsziele.de – Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele. Berlin: 2007

**Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** (Hrsg.): Berufskrankheiten bei Azubis fast ausschließlich Hautkrankheiten. Arbeit und Gesundheit 8 (2008), 2

**Deutscher Sportbund** (Hrsg.). WIAD-Studie 2001. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kurzfassung einer Untersuchung auf der Basis einer sekundäranalytischen Sichtung, einer repräsentativen Befragung bei 12- bis 18-Jährigen und eines Bewegungs-Check-Ups in Schulen. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands unter Förderung des AOK Bundesverbandes im Rahmen der gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen. Bonn: 2001

**Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** (DGUV): Gewerbliche Wirtschaft, Bestätigter BK-Verdacht 2003 bis 2007 – Alter bei Feststellung der BK, D-53757 Sankt Augustin; 2009

**Ellsäßer, G.; Dieppen, TL.:** Atopische Erkrankungen und soziale Lage bei Einschulungskindern im Land Brandenburg. Monatsschr Kinderheilkd. 7 (2002), 839-847

**Ellsäßer, G.:** Relevanz der Schulabgangsuntersuchung für die berufsorientierte Beratung nach Jugendarbeitsschutzgesetz, Vortrag in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Jugendarbeitsschutzgesetz, Bonn, 14.03.2007

**Ellsäßer, G.:** schriftliche Aussage zu Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz im Land Brandenburg vom 13.09.2008

**Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg** (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG) vom 23. April 2008

**Giesen, T.:** Jugendarbeitsschutz in der Bundesrepublik Deutschland. In: Florian, H. J.; Stollenz, E. & Valentin, H. Arbeitsmedizin Aktuell. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1992

**GlaxoSmithKline** GmbH & Co. KG: Webauftritt unter wissenschaftlicher Beratung der Universitätskinderklinik und Kinderpoliklinik, Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Prof. Dr. med. Fred Zepp. www.glaxosmithkline.de, (Zugriff: 18. September 2009)

**Hartmann, B.; Thiel, C.:** Analyse der Effektivität und arbeitsmedizinische Relevanz von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. ErgoMed. 17 (1993), 3 70-75

**Hermann-Kunz, E.; Thierfelder, W.:** Allergische Rhinitis und Sensibilisierungsraten – Nimmt die Prävalenz wirklich zu? Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 44 (2001), 643-653

**Hettinger, Th.:** Gewichtsgrenzen für das höchstzulässige Heben und Tragen von Lasten durch männliche und weibliche sowie jugendliche Arbeitnehmer. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1981

**Hölling H.; Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Thamm, M.; Schlack, R.:** Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (2007), 50, 557-566

**Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U.:** WHO-Jugendgesundheits survey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. The WHO adolescent health survey – Concept and selected results for Germany. Erziehungswissenschaft 27 (2003), 79-108

**Ising, H.; Babisch, W.; Hanel, J. et al:** Empirische Untersuchungen zu Musikhörgehnheiten von Jugendlichen. Optimierung der Schallpegelbegrenzung für Kassettenabspielgeräte und Diskotheken. HNO 43 (1995), 4, 244-249

**Jansing, P. J. & Lehmann, E.:** B VI-1. Jugendliche und Beruf. In: Letzel, S. & Nowak, D.: Handbuch der Arbeitsmedizin. Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, Klinische Arbeitsmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention. 14. Aufl, Landsberg: ecomed Verlag 2009

**Kamtsiuris, P.; Atzpodien, K.; Ellert, U.; Schlack, R.; Schlaud, M.:** Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50 (2007), 686-700

**Kentner, M.; Valentin, H.:** Arbeitsbedingte Gesundheitsschaden und Friihinvalidisierung - Ergebnisse und Konsequenzen aus neueren Untersuchungen. Arbeitsmed Sozialmed Präventivmed (1986), 21, 25-32

**Kremer, M.:** Demografischer Wandel – Herausforderung für die Berufsbildung. Rede des Präsidenten des Bundesinstituts für Berufsbildung. Ausbilderinnen- und Ausbilder tag 28. September 2006. Konstanz: 2006

**Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.):** Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Elsässer, G. Zossen: 2007

**Marzinzik, K.; Fiedler, A.:** MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005

**Nolting, H. D.; Loos, S.; Niemann, D.:** Allergie und Berufswahl, Struktur- und Prozessevaluation eines regionalen Modellvorhabens verbesserter Berufsberatung zur Vermeidung bzw. Verminderung berufsbedingter allergischer Erkrankungen. Dortmund: 2007 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Fb 1094)

**Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel** (Hrsg.): Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen, Karlsruhe: Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel 2008

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg:** Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2001

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD).** Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Zossen: Landesgesundheitsamt Brandenburg 2007

**Nowack, D.; Drexler, H.:** Neues aus der Arbeitsmedizin, Bayerisches Ärzteblatt 3 (2009), 64-71

**Pott, E.:** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gesundheitsförderung in der Schule. Symposium „Jugend und Gesundheit“. Berlin, 13.06.2002

**Radon, K.; Dressel, H.; Hümmer, S.; Riu, E.; Nowak, D.; Weinmayr, G.; Genuneit, J.; Weiland, St.; Vogelberg, Ch.; Leupold, W.; Windstetter, D.; Mutius, von E.; Kupfer, J.:** Berufliche Allergierisiken. Die SOLAR-Kohortenstudie, 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2005

**Ravens-Sieberer, U.; Görtler, E.; Bullinger, M.:** Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. Gesundheitswesen 3 (2000), 148-155

**Ravens-Sieberer, U.; Ellert, U.; Erhart, M.:** Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (2007), 50, 810-818

**Robert Koch-Institut (RKI)** (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2004

**Robert Koch-Institut (RKI)** (Hrsg.): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI 2006a

**Robert Koch-Institut (RKI)** (Hrsg.): Hörstörungen und Tinnitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2006b

**Robert Koch-Institut (RKI)** (Hrsg.): Thamm, M.; Lampert, T.; Kurth B.M: Ergebnisse der KiGGS-Studie. Kinder- und Jugendgesundheit heute – was ist zu tun? Berlin: RKI 2007

**Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (Hrsg.). Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI 2008

**Rolirad, K.D.:** Jugendarbeitsschutz. In: Stier, B. & Weissenrieder, N. (Hrsg.): Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. Berlin: Springer 2006, 139-143

**Rutenfranz, J, Labrot, B., Hallier, E., Marschall, B., Schmidt, K. H. & Thiel, C.:** Überlegungen zur Verstärkung präventivmedizinischer Ansätze im Jugendarbeitsschutz. ASP 10 (1988), 243-248

**Scheuch, K.:** Arbeitsphysiologie. In Triebig, G., Kentner, M., Schiele, R.: Arbeitsmedizin Handbuch für Theorie und Praxis. Stuttgart: Gentner-Verlag 2008

**Schlaud, M.; Atzpodien, K.; Thierfelder, W.:** Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50 (2007), 701-710

**Schlüter, J.:** EU-Richtlinien umgesetzt. Bundesarbeitsblatt 4, 1997, 17-19.

**Schöngen, K.:** Ausbildungsvertrag gelöst = Ausbildung abgebrochen? Ergebnisse einer Befragung. BWP 5 (2003), 25-39

**Schulze, A.; Windstetter, D.; Dressel, H.; Weinmayr, G.; Genuneit, J.; Vogelberg, Ch.; Leupold, W.; von Mutius, E.; Schlotz, W.; Nowak, D.; Radon, K.:** Arbeitsbelastung und -zufriedenheit bei jugendlichen Berufsanfängern in München und Dresden. ASP 43 (2008), 3, 132-133

**Solty, A.:** Erfahrungen mit und Maßnahmen gegen Ausbildungsabbruch. Präsentation im Rahmen der Informationsveranstaltung des Düsseldorfer Ausbilderkreises e.V., Düsseldorf, Juni 2008

**Statistisches Bundesamt:** Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Metzler-Poeschel, Stuttgart: 1998

**Struwe, F.; Jansen, G.; Schwarze, S. et al.:** Untersuchung von Hörgewohnheiten und möglichen Gehörrisiken durch Schalleinwirkungen in der Freizeit unter besonderer Berücksichtigung des Walkman®-Hörens. In: Babisch, W.; Bambach, G.; Ising, H. et al. (Hrsg.). Gehörgefährdung durch laute Musik und Freizeitlärm. Umweltbundesamt WaBoLu-Hefte 5/96 (1996), 44-154

**Trojan, A.:** Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: BZgA 2001

**Wagner, R. & Hasse, H.:** Die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz – Chance oder Erschwernis für behinderte Jugendliche? ASP 5 (1974), 93-98

**Weissenrieder, N.; Stier, B.:** Jugendgesundheitsuntersuchung J1. In: Stier, B.; Weissenrieder, N. (Hrsg.): Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. Berlin: Springer 2006, 41-46

**Westdeutscher Handwerkskammertag** (Hrsg.): Gründe für Ausbildungsabbrüche. Ergebnisse einer repräsentativen EMNID-Befragung von Jugendlichen, Ausbildern und Berufskolleglehrern. Düsseldorf (2002). URL: [http://www.handwerk-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/hp\\_whkt/downloads/ausweiterbildung/ziellauf-brosch\\_emnidbefragung\\_download.pdf](http://www.handwerk-nrw.de/fileadmin/user_upload/hp_whkt/downloads/ausweiterbildung/ziellauf-brosch_emnidbefragung_download.pdf) (Zugriff: 16.09.2008.14.58.MEZ)

**Zmarzlik, J. & Anzinger, R.:** Jugendarbeitsschutzgesetz. Kommentar. 5. Aufl., München: Verlag Franz Vahlen 1998

**Zmarzlik, J.:** § 230 Einführung zum Geltungsbereich. In: Richardi R. & Wlotzke, O. Münchner Handbuch zum Arbeitsrecht. 2. Aufl., München: Verlag C. H. Beck 2000

## 8 Abkürzungsverzeichnis

|           |   |
|-----------|---|
| ADHS      | AufmerksamkeitsDefizit-/HyperaktivitätsSyndrom                              |
| AOLG      | Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden                  |
| ATS       | American Thoracic Society   |
| BAuA      | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin                          |
| BGB       | Bürgerliches Gesetzbuch   |
| BIBB      | Bundesinstitut für Berufsbildung  |
| BMAS      | Bundesministerium für Arbeit und Soziales                                   |
| BMBF      | Bundesministerium für Bildung und Forschung                                 |
| BMELV     | Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz       |
| BMFSFJ    | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend                  |
| BMI       | Body Mass Index   |
| BMG       | Bundesministerium für Gesundheit  |
| BMU       | Bundesministerium für Umwelt  |
| BMVBS     | Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung                     |
| BZgA      | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung                               |
| EDV       | Elektronische Datenverarbeitung   |
| EG        | Europäische Gemeinschaft  |
| EKG       | Elektrokardiogramm  |
| ERS       | European Spirometry Driving Licence Task Force                              |
| EU        | Europäische Union   |
| G-BA      | Gemeinsamer Bundesausschuss   |
| GOÄ       | Gebührenordnung für Ärzte   |
| GVG       | Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.            |
| IKK       | Innungskrankenkasse   |
| ILO       | Internationale Arbeitsorganisation  |
| IOTF      | International Obesity Task Force  |
| ISPESL    | Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro                       |
| ISTAT     | Istituto Nazionale di Statistica, das staatliche italienisches Statistikamt |
| JArbSchG  | Jugendarbeitsschutzgesetz   |
| JArbSchUV | Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung                                  |
| J1        | Jugenduntersuchung 1  |
| J2        | Jugenduntersuchung 2  |
| KiGGS     | Kinder- und Jugendgesundheitssurvey   |
| KJBG      | Kinder- und Jugendlichenbeschäftigungsgesetz                                |
| NVS II    | Nationale Verzehrsstudie II   |
| RKI       | Robert Koch-Institut  |
| SPRESAL   | Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro                         |

|      |                            |
|------|----------------------------|
| UN   | United Nations             |
| VwGO | Verwaltungsgerichtsordnung |
| WHO  | World Health Organisation  |

## **9 Anhang**



## Anhang A

### Übersicht über die Partner aus den sechs europäischen Ländern

#### **Finnland**

Matti E. Lamberg, Ministerial Counsellor  
Ritva Partinen, Senior Officer  
Ministry of Social Affairs and Health  
P.O. Box 33

#### **Frankreich**

Frédéric Imbert  
ORSAL – Observatoire régional de la santé d’Alsace  
Hôpital civil – Clinique Médicale A  
1, Place de l’Hôpital BP 426  
67 091 Strasbourg – Cedex

#### **Italien**

Dr. Diana Gagliardi  
Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL)/National  
Institute for Occupational Safety & Prevention  
Via Urbana 167  
Rome 00184

#### **Niederlande**

Adriaan Weber  
Martin den Held  
Ministry of Social Affairs and Employment  
Postbus 90801  
2509 LV Den Haag

#### **Österreich**

Dr. Friedrich Ring  
Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Arbeitsmedizin  
TeamPrevent GmbH  
Zentrum für Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik  
Biberstraße 5/5  
1010 Wien

Dr. Astrid Knopp, MPH  
Medizinische Qualitätssicherung  
Steiermärkische Gebietskrankenkasse  
Josef-Pongratz-Platz 1  
8010 Graz

**Tschechische Republik**

Dr. Pavel Kabíček

Scientific Secretary of Czech Assoc. of Adolescent Medicine

Czech Medical Soc. of J.E. Purkyne

Department of Pediatrics and Adolescent Medicine

1-st Faculty of Medicine

Charles University Prague

Ke Karlovu 2

128 08 Prague 2

## Anhang B.1

### Fragenkatalog zur Erfassung der Situation der ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in den ausgewählten EU-Ländern – deutsch

#### Allgemeine Rahmenbedingungen

- 1.1 Existieren in Ihrem Land allgemeine Gesundheits- und Präventionsziele?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und in welcher Art und Weise diese verbindlich sind. *(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)*
- 1.2 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?**  
Ja/Nein
- 1.3 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?**  
Ja/Nein
- 2 Wie werden Jugendliche in Ihrem Land in Bezug auf das Alter definiert?**
- 3 Worauf basiert diese Altersdefinition** (z. B. europäische Definitionen, landesspezifische Definitionen, ILO Charta, Richtlinie 94/33/EG)?
- 4.1 Existieren in Ihrem Land spezifische Gesundheitsziele für die Altersgruppe der Jugendlichen?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte geben Sie an, welche und in welcher Art und Weise diese verbindlich sind.  
*(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)*
- 4.2 Handelt es sich um evidenzbasierte Gesundheitsziele?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, auf welche Daten stützen sich diese Ziele?
- 4.3 Sind diese Ziele in nationalem Recht verankert?**  
Ja/Nein
- 4.4 Sind diese Ziele auf regionaler Ebene rechtlich verankert?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie unterscheiden sich die regionalen Regelungen?

**Bitte äußern Sie sich zu den folgenden Fragen nur, wenn Frage 4.1 positiv beantwortet wurde.**

- 5.4 Welche Institutionen beteiligen sich an der Umsetzung und Entwicklung der Gesundheitsziele für Jugendliche?**
- 5.5 Welche Aufgaben nehmen diese Institutionen wahr?**
- 5.6 Wie ist die Zusammenarbeit organisiert?**
- 6 Sind diese Gesundheitsziele Teil von schul- und ausbildungsübergreifenden Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte nennen Sie Beispiele.
- 6.1 Fließen diese Gesundheitsziele in spezifische Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche bei der Arbeit ein?**  
Ja/Nein  
  
Wenn ja, bitte nennen Sie Beispiele.
- 7.1 Gibt es spezifische nationale rechtliche Grundlagen für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher, die über die Umsetzung der Richtlinie 94/33/EG hinausgehen?**  
Ja/Nein
- 7.2 Wenn ja, um welche weiterführenden gesetzlichen Regelungen/Richtlinien handelt es sich dabei?**  
*(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)*
- 7.3 Was sind die einzelnen Zielstellungen, die mit diesen gesetzlichen Regelungen/Richtlinien verbunden sind?**
- 7.4 Wie lässt sich die theoretische Grundlage charakterisieren? Basiert diese Grundlage auf einem salutogenetischen oder pathogenetischen Ansatz?**  
Pathogenetisch  
Salutogenetisch  
Pathogenetisch und salutogenetisch  
Anderer Ansatz

### **Allgemeine gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land**

- 8.1 Bitte beschreiben Sie die gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land. (Daten/Fakten)**
- 8.2 Welches sind die vorherrschenden gesundheitlichen Probleme in dieser Altersgruppe?**
- 8.3 Wie wird die gesundheitliche Situation/der gesundheitliche Status von Jugendlichen in Ihrem Land erhoben?**  
kontinuierlich  
diskontinuierlich  
stichprobenhaft  
flächendeckend

- 8.4 Welche Akteure/Institutionen sind in diesen Prozess involviert?  
 8.5 Gibt es hierfür spezialisierte Ärzte, die diese Situation erfassen?  
 Ja/Nein

**Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern**

- 9.1 Welche Akteure/Institutionen sind an der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher beteiligt?
- 9.2 Was sind ihre Aufgaben?
- 10 Sind ärztliche Untersuchungen Bestandteil der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher?  
 Ja/Nein
- 11 Welche Anlässe für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen sind in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG über den Jugendarbeitsschutz und ggf. weiterführende und konkretisierende nationalen Rechtsvorschriften definiert? (Beginn eines Ausbildungsverhältnisses, bei bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen)
- 12 Welche Zeitpunkte für ärztliche Untersuchungen von Jugendlichen sind in Bezug auf die Richtlinie 94/33/EG über den Jugendarbeitsschutz und ggf. weiterführende und konkretisierende nationalen Rechtsvorschriften definiert? (vor Schulabgang, nach Schulabgang, festgelegter Zeitraum)
- 13 Wie alt sind die Jugendlichen zum Zeitpunkt der jeweiligen ärztlichen Untersuchungen?
- 14 Durch wen werden die jeweiligen Untersuchungen veranlasst? (z. B. Arbeitgeber, Sorgeberechtigte, Arzt, ...)
- 15 Gibt es Fristen, die im Rahmen der jeweiligen ärztlichen Untersuchungen eingehalten werden müssen?  
 Ja/Nein  
 Wenn ja, bitte benennen Sie diese und wie sind sie begründet?
- 16 Wie lange dauern die jeweiligen Untersuchungen?
- 17 Wo finden die jeweiligen Untersuchungen statt? (z. B. Schule, Arztpraxis)
- 18.1 Wie erfolgt die Erhebung der Anamnese?  
 standardisierte Fragebögen  
 standardisierte Formblätter (z. B. für den Arzt, für die Krankenschwester, ...)  
 nicht standardisierte Fragebögen  
 nicht standardisierte Formblätter (z. B. für den Arzt, für die Krankenschwester, ...)  
 sonstiges  
 (Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)
- 18.2 Wer führt diese Anamnese aus? (z. B. Arzt, Schwester, Jugendlicher...)

- 18.3 Welche Inhalte werden erfasst** (Beschreibung der Inhalte)?
- 19 Was wird im Detail untersucht?** (z. B. Organsysteme, psychische Befindlichkeit, ...)
- 20 Existieren Untersuchungsleitlinien für spezifische Erkrankungen?**  
 Ja/Nein  
 Wenn ja, für welche?  
 Asthma  
 Allergien  
 Muskel-/Skelettsystem  
 Sinnesorgane  
 Psychiatrische/psychosomatische  
 Sonstige
- 21 Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?**  
 Ja/Nein
- 22 Sind die Untersuchungsinhalte gesetzlich verankert?**  
 Ja/Nein
- 23 Besteht die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Auffälligkeiten zusätzliche ergänzende Untersuchungen zu nutzen?**  
 Ja/Nein  
 Wenn ja, sind diese verpflichtend oder freiwillig?
- 24.1 Welche Screeninginstrumente werden bei der Untersuchung eingesetzt?**
- 24.2 Was erfassen diese Instrumente?**
- 25 Erfassen die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand und das Belastungsspektrum<sup>17</sup> Jugendlicher im Hinblick auf vorliegende nationale und internationale Daten?** (z. B. WHO) Info: Das Belastungsspektrum ist die Gesamtheit aller Einflüsse, die auf eine Person in ihrem Arbeitsumfeld einwirken (z. B. physiologische und psychologische Einflüsse, Einflüsse des Arbeitsumfeldes)  
 Ja/nein  
 Wenn ja, wie?
- 26 Sind die eingesetzten Instrumente und Untersuchungsmethoden valide und reliabel?**  
 Ja/Nein
- 27 Werden die Untersuchungsergebnisse dokumentiert?**  
 Ja/Nein  
 Wenn ja, in welcher Form und wie genau (detaillierte Beschreibung)?
- 28 Existiert eine Aufsicht, welche die Durchführung der Untersuchungen prüft?**  
 Ja/Nein  
 Wenn ja, welche? (z. B. zentral [Bund], dezentral [Länder/Regionen])

---

<sup>17</sup> D. h. die Belastungen der Arbeitswelt

- 29 Wird die Qualität der Untersuchungen überprüft (z. B. Qualitätsmanagements)?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie?
- 30.1 Werden die Untersuchungsdaten aus den einzelnen Untersuchungen dokumentiert?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie?
- 30.2 Was wird im Einzelnen erfasst (z. B. Zahl der Untersuchungen, Befunde, Ausbildungsabbrüche)?**
- 30.3 Wofür werden diese Daten verwendet?**
- 31 Werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung im weiteren Verlauf genutzt?** (z. B. gesundheitsbezogene/präventive Empfehlungen für Jugendliche, Eltern, Arbeitgeber, leistungsadäquate Arbeitsgestaltung, Veranlassung von personenbezogenen Gefährdungsbeurteilungen, Selektion usw.)  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte beschreiben Sie in welcher Art und Weise das erfolgt.
- 32 Lassen sich daraus auch rechtliche Konsequenzen ableiten (z. B. Beschäftigungsverbote)?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, welche?
- 33 Wer erhält Informationen zu Diagnosen und Befunden?** (z. B. Jugendlicher/Sorgeberechtigter, Arbeitgeber, Betriebsarzt...)
- 34 Gibt es gesetzliche Regelungen für ärztliche Untersuchungen bei Ausbildungswechsel?**
- 35 Welchen rechtlichen Status haben die jeweiligen ärztlichen Untersuchungen bzw. wie verbindlich sind sie?** (z. B. Pflichtuntersuchungen oder freiwillige Untersuchungen)
- 36 Welche Konsequenzen ergeben sich bei Nichtdurchführung der Untersuchung?**
- 37 Welche Qualifikationsanforderungen werden an die durchführenden Ärzte oder andere dafür verantwortliche Personen gestellt?** (Bitte geben Sie die korrekte Berufsbezeichnung an)
- 38 Werden die Qualifikationsanforderungen durch Leitlinien, Qualitätskriterien, Durchführungsbestimmungen oder sonstiges konkretisiert?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, durch welche?  
(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)

- 39 Existieren spezifische Fortbildungen/Zusatzqualifikationen für die durchführenden Ärzte/verantwortliche Personen?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, welche?  
Wenn ja, in welchen Zeitabständen?
- 40.1 Sind die ärztlichen Untersuchungen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge?**  
Ja/Nein
- 40.2 Existiert ein spezifisches Untersuchungskonzept?**  
Ja/Nein  
*(Wenn ja, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)*
- 40.3 Wie lässt sich dieses Konzept in seinen Grundzügen charakterisieren?**
- 41 Welche Kosten entstehen durch eine ärztliche Untersuchung?**
- 42 Wer trägt die Kosten der ärztlichen Untersuchungen (z.B. Krankenkassen, andere Versicherungen, Arbeitgeber...)?**
- 43 Gab es in den letzten 10 Jahren gesetzliche Änderungen in Bezug auf die ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, aus welchen Gründen?
- 44 Wurde die angewandte Methodik der Untersuchungen in den letzten 10 Jahren geändert?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, aus welchen Gründen?
- 45 Erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen auch eine Berufsberatung für Jugendliche insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie gestaltet sich diese Berufsberatung?
- 46 Existiert eine Form von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreift? Info: unabhängig von den ärztlichen Untersuchungen**  
Ja/Nein  
Wenn ja, welcher Art sind diese Formen der Berufsberatung? Bitte benennen und beschreiben sie diese.
- Wenn ja, gibt es für die verantwortlichen Personen Schulungen, die präventive und gesundheitsfördernde Schwerpunkte aufgreifen?
- 47 Existieren andere Möglichkeiten für Jugendliche, sich im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte in Verbindung mit der Berufswahl zu informieren?**  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte geben Sie ein Beispiel/ Beispiele an.  
*(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)*



**Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/ des Jugendarbeitsschutzes**

- 48.1** Wie hoch ist die Zahl der Ausbildungsabbrüche in Folge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen?
- 48.2** Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?
- 49** Wie hoch ist die Anzahl von Berufskrankheiten bei Jugendlichen (Bitte geben Sie an, welche Altersklassen hier betrachtet werden)?
- 50** Um welche Berufskrankheiten handelt es sich?
- 51** Wie hoch sind die damit verbundenen jährlichen Kosten?
- 52** Wie hoch sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Diagnosen? (nach AU-Dauer, AU-Häufigkeit, nach Diagnosen)
- 53** Werden die damit verbundenen jährlichen Gesamtkosten erfasst?  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie detailliert werden diese erfasst und wie hoch sind diese?
- 54** Werden die Daten im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie oder Umsetzung von Präventions- und Gesundheitszielen verwendet?  
Ja/Nein  
Wenn ja, wie (Beispiele)?
- 55** Welche Auswirkungen hat dies auf die betrieblichen Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung im Zeitverlauf?
- 56** Existieren in Ihrem Land Konzepte/Programme/Studien, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen abzielen (z. B. Evaluationsstudien)  
Ja/Nein  
Wenn ja, bitte beschreiben Sie, um welche Aktivitäten es sich handelt.  
(Wenn verfügbar, bitte geben Sie eine Internetadresse oder andere Quellen an)
- 57** Werden regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Zusammenhang erstellt?  
Ja/Nein

## Anhang B.2

### Fragenkatalog zur Erfassung der Situation der ärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in den ausgewählten EU-Ländern – englisch

#### General conditions

**1.1 Do general health targets and prevention aims exist in your country?**

Yes/No

If yes, please state which and to what degree these health targets and prevention aims are binding. *(If available, please refer to an URL-address or other references)*

**1.2 Are these aims established in national law?**

Yes/No

**1.3 Are these aims established in regional law?**

Yes/No

**2 How do you define “adolescent” in your country regarding age of this population?**

**3 What is the basis of this definition?** (e. g. European definitions, country-specific definitions, ILO Charta, guideline 94/33/EG)

**4.1 Do specific health targets exist for adolescents in your country?**

Yes/No

If yes, please state which and to what degree these health targets are binding. *(If available, please refer to an URL-address or other references)*

**4.2 Are these specific health targets evidence-based?**

Yes/No

If yes, on which data are these health targets based on?

**4.3 Are these aims established in national law?**

Yes/No

**4.4 Are these aims established in regional law?**

Yes/No

If yes, how do these regional laws/regulations differ?

**Only relevant if question 4.1 was answered with yes.**

**5.1 Which institutions are involved in the development and implementation of these health targets for adolescents?**

- 5.2 What are their responsibilities?**
- 5.3 How do they cooperate?**
- 6 Are these health targets part of school- and vocational training-spanning concepts of prevention and health promotion?**  
Yes/No  
If yes, please give an example/ examples.
- 6.1 Are these health targets integrated into specific prevention concepts and health promotion programmes for adolescents at work?**  
Yes/No  
If yes, please give an example/ examples.
- 7.1 Do further specific regulations exist regarding adolescent health care in addition to the guideline 94/33/EG at national level?**  
Yes/No
- 7.2 If yes, please define these additional laws/regulations.**  
(If available, please refer to an URL-address or other references)
- 7.3 What are the objectives of these laws/regulations?**
- 7.4 Please define the theoretical background of these laws/regulations. Is it based on the framework of salutogenesis or pathogenesis or anything else?**  
based on salutogenesis  
based on pathogenesis  
based on salutogenesis and pathogenesis  
other

### **General health situation of adolescents in your country**

- 8.1 Please define the health situation of adolescents in your country! Please give dates, statistics, ...**
- 8.2 What are the main health problems of adolescents?**
- 8.3 How is this health situation of adolescents assessed?**  
Continuously  
Discontinuously  
Randomly  
Nationwide
- 8.4 Which actors/institutions are involved in these check-ups?**
- 8.5 Do the medical doctors need a special license for these medical check-ups?**  
Yes/No

**Health care of adolescents with special emphasis on their working life in EU-countries**

- 9.1 Which actors/institutions are involved in health care related activities for adolescents?**
- 9.2 What are their tasks?**
- 10 Are medical check-ups part of health care for adolescents?**  
Yes/No
- 11 At what reasons are medical check-ups of adolescents required according to the EU guideline 94/33/EG or other national laws/regulations?** (e. g. start of apprenticeship, in case of health impairment)
- 12 At what points in time are medical check-ups of adolescents required according to the EU guideline 94/33/EG or other national laws/regulations?** (e. g. before leaving school, after leaving school, fixed point in time, ...)
- 13 How old are adolescents when they have a particular medical check-up?**
- 14 Who initiates a particular medical check-up?** (e. g. employer, parents, medical doctors, ...)
- 15 Do particular medical check-ups have to be carried out at fixed intervals?**  
Yes/No  
If yes, please state and define why?
- 16 How long do these medical check-ups take?**
- 17 Where do particular medical check-ups take place?** (e. g. school, doctor's surgery)
- 18.1 How does the anamnesis take place?**  
standardised questionnaires  
standardised forms (e. g. for the medical doctor, the nurse, ...)  
unstandardised questionnaires  
unstandardised forms (e. g. for the medical doctor, the nurse, ...)  
other  
(If available, please refer to an URL-address or other references)
- 18.2 Who carries out the anamnesis?** (e. g. medical doctor, nurse, adolescent)
- 18.3 What is the content of the anamnesis (description of content)?**
- 19 What in particular is being examined** (organ systems, mental stress, ...)?

- 20 Do examination guidelines exist for special diseases?**  
Yes/no  
If yes, for which?  
Asthma  
Allergy  
Musculoskeletal disorders  
Sense organs  
Psychiatric/psychosomatic disorders  
Others
- 21 Is the health-related quality of life being measured?**  
Yes/No
- 22 Are contents of examinations established in law?**  
Yes/no
- 23 Do additional examinations exist in case of health impairment?**  
Yes/no  
If yes, are they obligatory or voluntary?
- 24.1 Which screening instruments are used during the examinations?**
- 24.2 What do these instruments assess?**
- 25 Do the used instruments and methods of examination assess the current health status and the spectrum of work load of adolescents with regard to national and international health data (e. g. WHO)?** Info: Work load covers all influences that affect a person in his /her working life (e. g. physical, psychological influences, effects of the working environment)  
Yes/No  
If yes, how?
- 26 Are the instruments and methods valid and reliable?**  
Yes/No
- 27 Are the test results collected and documented?**  
Yes/No  
If, yes, how exactly and how detailed (please give a detailed description)?
- 28 Does a public institution exist for the controlling of the medical-check-ups?**  
Yes/no  
If yes, which?
- 29 Does a quality control exist for the medical check-ups (e. g. quality management)?**  
Yes/No  
If yes, how?

- 30.1 Does a specific documentation exist for the results of each medical check-up?**  
Yes/No  
If yes, how?
- 30.2 What aspects are analyzed in detail** (e. g. number of medical check-ups, results, cancellation of apprenticeships...)?
- 30.3 What is the data used for?**
- 31 Are the results of the medical check-ups used for further activities?** (e. g. health promoting advices towards the adolescents and their parents, recommendations for employers on adequate work organisation, individual risk assessments, screening)  
Yes/No  
If yes, please describe how?
- 32 Do results of medical check-ups have certain judicial consequences** (e. g. prohibition to employ)?  
Yes/No  
If yes, which?
- 33 Who will get the information about diagnosis and results of the medical-check-ups?** (e. g. parents, adolescent, employer, ...)
- 34 Do legal regulations exist for medical check-ups in case of changing the apprenticeship?**  
Yes/no
- 35 How obligatory are particular medical check-ups?**  
(e. g. Are they established in law or are they voluntary?)
- 36 What are the consequences if the medical check-ups are not carried out?**
- 37 What level of physician's/responsible persons' qualification is required?**  
(please state the correct occupational title)
- 38 Are quality standards substantiated through guidelines, quality criteria, implementation rules or the like?**  
Yes/No  
If yes, please define.  
(If available, please refer to an URL-address or other references)
- 39 Do specific training courses/additional qualifications for physicians/responsible persons exist?**  
Yes/No  
If yes, please define.  
If yes, on what intervals?

- 40.1 Are medical check-ups a part of occupational preventive medical check-ups?**  
Yes/No
- 40.2 Does a specific concept of medical check-ups exist?**  
Yes/No  
If yes, please refer to an URL-address or other references.
- 40.3 Please define its basic characteristics.**
- 41 How much does a medical check-up cost?**
- 42 Who pays for the medical check-ups?** (e. g. health insurances, other insurances, employer, ...)
- 43 Has legislation regarding medical check-ups of adolescents been changed during the past 10 years in your country?**  
Yes/No  
If yes, please state for what reasons.
- 44 Have medical check-up methods been revised in the last 10 years in your country?**  
Yes/No  
If yes, please state for what reasons.
- 45 Is career counselling which deals especially with health aspects a part of the medical check-ups for adolescents?**  
Yes/No  
If yes, how does this counselling happen?
- 46 Does a kind of career counselling exist which also deals with health aspects in connection with career choice?**  
Yes/No  
If yes, what kind of counselling is this? Please name and describe.  
If yes, do specific training courses for the responsible persons exist which cover preventive and health promoting aspects?
- 47 Are there other possibilities for adolescents existing to inform themselves about health aspects in connection with career choice?**  
Yes/No  
If yes, please give an example/ examples.  
(If available, please refer to an URL-address or other references)

#### **Efficiency of health prevention activities of young people at work**

- 48.1 What is the percentage/number of adolescents that had to cancel an apprenticeship due to health problems?**
- 48.2 What are the resulting costs per year?**
- 49 Please give the number of occupational/work-related diseases in adolescents.** (Please state which age groups are considered)

- 50 Which occupational diseases do exist in adolescents?**
- 51 Please describe the costs connected to occupational diseases per year.**
- 52 What is the number of unemployability related to diagnoses?** (according to duration, incidence, diagnosis)
- 53 Are the resulting annual costs measured?**  
Yes/No  
If yes, how detailed are they measured? Please state the annual total costs.
- 54 Are these data used within the frame of national health strategies or prevention programs in your country?**  
Yes/No  
If yes, please give an example/ examples.
- 55 How does this/do these data effect corporate prevention concepts and health promotion over time?**
- 56 Do you have special concepts/programs/research studies which aim at improving the health care of adolescents in your country (e. g. evaluation studies)?**  
Yes/No  
If yes, please define them.  
(If available, please refer to an URL-address or other references)
- 57 Do you carry out regular cost-benefit-analyses?**  
Yes/No



## Anhang C.1

### Selbsteinschätzung der Güte von Jugendarbeitsschutzsystemen für die Partner der ausgewählten EU-Länder – deutsch

#### 1 Allgemeine Rahmenbedingungen

- 1.1 Wie beurteilen Sie die rechtliche Verankerung allgemeiner Gesundheits- und Präventionsziele in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Allgemeine Gesundheitsziele]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 1.2 Wie beurteilen Sie die rechtlich normierte Altersdefinition Jugendlicher in Bezug auf die Anforderungen eines präventiven Jugendarbeitsschutz auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Definition Jugendlicher bzgl. des Alters]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 1.3 Wie beurteilen Sie die rechtliche Verankerung spezifischer Gesundheits- und Präventionsziele für Jugendliche in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Gesundheitsziele für Jugendliche]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 1.4 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

## **2 Allgemeine gesundheitliche Situation von Jugendlichen in Ihrem Land**

2.1 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Situation der Jugendlichen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Gesundheitliche Situation Jugendlicher]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

2.2 Wie beurteilen Sie die Erfassung der gesundheitlichen Situation der Jugendlichen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Erfassung der gesundheitlichen Situation Jugendlicher]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

2.3 Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsförderlichen Programmen in Ihrem Land für die Zielgruppe der Jugendlichen auf einer Skala von 1 bis 5?

[Zusatzfrage]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

## **3 Gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen in Bezug auf das Arbeitsleben in den EU-Ländern**

3.1 Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Betreuung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.2 Wie beurteilen Sie die Umsetzung der Ziele, die mit der gesundheitlichen Betreuung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land erreicht werden sollen auf einer Skala von 1 bis 5?

[Zusatzfrage]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.3 Wie beurteilen Sie die festgelegten Zeitpunkte und Fristen für Jugendarbeitschutzuntersuchungen im Hinblick auf die Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Zeitpunkte/Fristen für Untersuchungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.4 Wie beurteilen Sie die aufgewendete Zeit für die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Dauer der Untersuchungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.5 Wie beurteilen Sie die Inhalte der Untersuchungen in Bezug auf präventive und gesundheitsförderliche Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Inhalte der Untersuchungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.6.1 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung von Befindlichkeitsstörungen in der Arbeitswelt einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Untersuchungsinstrumente und -methoden]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.6.2 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung von Erkrankungen in der Arbeitswelt einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Untersuchungsinstrumente und -methoden]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.6.3 Wie beurteilen Sie die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land eingesetzten Untersuchungsinstrumente und -methoden in Bezug auf die Erfassung des Belastungsspektrums in der Arbeitswelt einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Untersuchungsinstrumente und -methoden]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.7 Wie beurteilen Sie die Dokumentation von Untersuchungsergebnissen im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.8 Wie beurteilen Sie die Verwertung der Daten zur individuellen Einzelfallbeurteilung, die im Rahmen der Dokumentation von Untersuchungsergebnissen im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Ihrem Land erhoben werden auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Datenverwertung]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.9 Wie bewerten Sie Wirksamkeit der rechtlichen Eingriffsmöglichkeiten ein (sofern vorhanden), wenn Untersuchungen nicht, wie gesetzlich vorgesehen, durchgeführt werden auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Verbindlichkeit der Untersuchungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.10 Wie beurteilen Sie die Qualifikation der Untersuchenden im Hinblick auf die präventiven (gesundheitsförderlichen) Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzes in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Qualifikation der Untersuchenden]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.11 Wie beurteilen Sie das spezifische Konzept der gesundheitlichen Betreuung vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzungen und den Herausforderungen der Arbeitswelt – insbesondere in Bezug auf die Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen in Ihrem Land (sofern vorhanden) auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.12 Wie beurteilen Sie das System der Kostenübernahme von Jugendschutzuntersuchungen in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Kosten]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.13 Wie beurteilen Sie gesetzliche Änderungen der letzten 10 Jahre in Bezug auf Effektivität bzw. Effizienz ärztlicher Untersuchungen Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes (sofern vorhanden) in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Änderungen/Modifizierungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.14 Wie beurteilen Sie die Umsetzung einer krankheitspräventiv und gesundheitsförderlich ausgerichteten Berufsberatung im Rahmen der Maßnahmen des Jugendarbeitsschutzes (sofern vorhanden) in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Berufsberatung für Jugendliche im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

- 3.15 Wie beurteilen Sie andere Formen von Berufsberatung für Jugendliche, welche auch gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Berufswahl aufgreifen (sofern vorhanden) auf einer Skala von 1 bis 5?  
[Themengebiet: Berufsberatung für Jugendliche außerhalb von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

#### **4 Fragen zur Effizienz der Gesundheitsvorsorge/des Jugendarbeitsschutzes**

4.1 Wie beurteilen Sie die Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen in Folge ihrer beruflichen Tätigkeit in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Gesundheitliche Beeinträchtigungen Jugendlicher in Bezug auf das Arbeitsleben]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

4.2 Wie beurteilen Sie die Erfassung der Kosten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen in Folge ihrer beruflichen Tätigkeit in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Gesundheitliche Beeinträchtigungen Jugendlicher in Bezug auf das Arbeitsleben]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

4.3 Wie beurteilen Sie die Weiterverwendung von Daten zur gesundheitlichen Situation Jugendlicher, die im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher gewonnen werden, im Hinblick auf eine nationale Gesundheitsstrategie zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Ziele in Ihrem Land auf einer Skala von 1 bis 5?

[Themengebiet: Konsequenzen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

4.4 Wie beurteilen Sie die Evaluation der gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes durch wissenschaftliche Studien (z. B. Zielsetzungen, Inhalte, Instrumente, Verfahrensweisen und Methoden)?

[Themengebiet: Konsequenzen]

- 1 mangelhaft
- 2 ungenügend bis ausreichend
- 3 befriedigend
- 4 gut
- 5 sehr gut

## Anhang C.2

### Selbsteinschätzung der Güte von Jugendarbeitsschutzsystemen für die Partner der ausgewählten EU-Länder – englisch

#### 1 General conditions

1.1 How do you rate the legislation regarding general health targets and prevention aims in your country on a scale from 1 to 5?

*[General health targets]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

1.2 How do you rate the legislative standardised definition of “age” for adolescents concerning the requirements for a preventive protection of young people at work on a scale from 1 to 5?

*[Definition of adolescents regarding age]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

1.3 How do you rate the legislation regarding specific health targets and prevention aims for adolescents in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health targets for adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

1.4 How do you rate the health care for adolescents in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health care of adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent



## **2 General health situation of adolescents in your country**

**2.1** How do you rate the health situation of adolescents in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health situation of adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**2.2.** How do you rate the assessment of the health situation of adolescents in your country on a scale from 1 to 5?

*[Assessment of the health situation of adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**2.3** How do you rate the effectiveness of preventive and health promoting programmes for the target group of adolescents in your country on a scale from 1 to 5?

*[Additional question]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

## **3 Health care of adolescents with special emphasis on their working life in EU-countries**

**3.1** How do you rate the health care of adolescents within the framework of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health care of adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.2** How do you rate the implementation of the aims that should be achieved by health care within the framework of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Additional question]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.3** How do you rate the fixed dates and deadlines for examinations within the framework of the law on protecting young people at work with regard to the targets of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Given times/deadlines for check-ups]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.4** How do you rate the time that can be spent on medical examinations within the framework of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Duration of check-ups]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.5** How do you rate the contents of the examinations with regard to preventive and health promoting aims of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Contents of the check-ups]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.6.1** How do you rate the accuracy and reliability of the instruments and methods used during the examinations within the framework of the law on protecting young people at work in your country regarding the assessment of disturbed well-being at the workplace from 1 to 5?

*[Instruments and methods of examination]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.6.2** How do you rate the accuracy and reliability of the instruments and methods used during the examinations within the framework of the law on protecting young people at work in your country regarding the assessment of diseases at the workplace from 1 to 5?

*[Instruments and methods of examination]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.6.3** How do you rate the accuracy and reliability of the instruments and methods used during the examinations within the framework of the law on protecting young people at work in your country regarding the assessment of the work load at the workplace from 1 to 5?

*[Instruments and methods of examination]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**3.7** How do you rate the documentation of examination results within the framework of the law on protecting young people at work in your country from 1 to 5?

*[Documentation of the test results]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.8** How do you rate the use of data for the individual case appraisal which are assessed within the documentation of the examination results in line with the law on protecting young people at work in your country from 1 to 5?

*[Use of data]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 very good/excellent

- 3.9** How do you rate the effectiveness of legislative possibilities to intervene (if available), if examinations are not conducted as instructed by law on a scale from 1 to 5?

*[Obligation of the examinations]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.10** How do you rate the required qualification of physicians/persons carrying out the examinations regarding the preventive (health promoting) aims within the framework of the law on protecting young people at work in your country on a scale from 1 to 5?

*[Qualifications of the physician/executing person]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.11** How do you rate the specific concept of health care against the background of the mentioned aims and challenges of working life – particularly regarding the prevention of work-related illnesses in your country (if available) on a scale from 1 to 5?

*[Health care of adolescents]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.12** How do you rate the assumption of the costs-system of examinations within the framework of the protection of young people in your country on a scale from 1 to 5?

*[Costs]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.13** How do you rate the legislative changes carried out during the past 10 years regarding the effectiveness and efficiency of medical examinations within the framework of the law on protecting young people at work (if available) in your country from 1 to 5?

*[Changes/modifications]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.14** How do you rate the implementation of a disease preventing and health promoting career counselling within the framework of the activities of protecting young people at work (if available) in your country on a scale from 1 to 5?

*[Career counselling within the framework of protecting young people at work]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

- 3.15** How do you rate other forms of career counselling for adolescents which also deal with health aspects connected to the choice of occupation (if available) on a scale from 1 to 5?

*[Career counselling for adolescents outside of examinations in the framework of protecting young people at work]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

#### **4 Questions concerning the efficiency of health prevention activities of young people at work**

**4.1** How do you rate the assessment of work-related health impairments in adolescents as a consequence of their occupational activity in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health impairment of adolescents regarding the working life]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**4.2** How do you rate the assessment of costs of health impairments in adolescents as a consequence of their occupational activity in your country on a scale from 1 to 5?

*[Health impairment of adolescents regarding the working life]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**4.3** How do you rate the re-utilization of data dealing with the health situation of adolescents being obtained within the framework of the health care of adolescents, regarding a national health strategy for the implementation of preventive and health promoting aims in your country on a scale from 1 to 5?

*[Consequences]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

**4.4** How do you rate the evaluation of health care activities for adolescents within the framework of the protection of young people at work through scientific studies (e. g. aims, contents, instruments, procedures and methods)?

*[Consequences]*

- 1 inadequate
- 2 unsatisfactory to adequate
- 3 satisfactory
- 4 good
- 5 excellent

## Anhang D

Die Items eines Themengebietes (s. Tab. 1) wurden aufsummiert. Die Summen wurden mittels der oben dargestellten Punktetabelle auf eine Skala von 1 bis 5 transformiert, um eine Vergleichbarkeit zwischen der Fremdbewertung anhand des Kategoriensystems und der Selbstbewertung durch die Partner zu ermöglichen. Dazu wurden die maximal zu erzielenden Werte eines jeden Themengebietes ermittelt und in der Spalte ‚Summe‘ der Tabelle des Anhang D als Ausgangswert aufgesucht. Der für das jeweilige Land und den jeweiligen Themenkomplex ermittelte Summenwert wird vom Ausgangswert in Abhängigkeit des Gesamtwerts in den Spalten 1 bis 5 ermittelt. Die Zugehörigkeit zur Spalte ergibt den Punktwert der dem jeweiligen Summerwert zugeordnet wird.

**Tabelle 19:** Transformation von Punktwerten

| Tabelle zur Transformation von Punktwerten |     |      |       |       |       |
|--|-----|------|-------|-------|-------|
| Summe                                      | 1   | 2    | 3     | 4     | 5     |
| 2  | 0   | -    | 1     | -     | 2     |
| 3  | 0   | -    | 1     | -     | 2-3   |
| 4  | 0   | 1    | 2     | 3     | 4     |
| 5  | 0   | 1    | 2     | 3     | 4-5   |
| 6  | 0-1 | 2    | 3     | 4     | 5-6   |
| 7  | 0   | 1-2  | 3-4   | 5-6   | 7     |
| 8  | 0   | 1-2  | 3-4   | 5-6   | 7-8   |
| 9  | 0-1 | 2-3  | 4-5   | 6-7   | 8-9   |
| 10   | 0-1 | 2-3  | 4-5   | 6-7   | 8-10  |
| 11   | 0-2 | 3-4  | 5-6   | 7-8   | 9-11  |
| 12   | 0-1 | 2-4  | 5-7   | 8-10  | 11-12 |
| 13   | 0-1 | 2-4  | 5-7   | 8-10  | 11-13 |
| 14   | 0-2 | 3-5  | 6-8   | 9-11  | 12-14 |
| 15   | 0-2 | 3-5  | 6-8   | 9-11  | 12-15 |
| 16   | 0-3 | 4-6  | 7-9   | 10-12 | 13-16 |
| 17   | 0-2 | 3-6  | 7-10  | 11-14 | 15-17 |
| 18   | 0-2 | 3-6  | 7-10  | 11-14 | 15-18 |
| 19   | 0-3 | 4-7  | 8-11  | 12-15 | 16-19 |
| 20   | 0-3 | 4-7  | 8-11  | 12-15 | 16-20 |
| 21   | 0-4 | 5-8  | 9-12  | 13-16 | 17-21 |
| 22   | 0-3 | 4-8  | 9-13  | 14-18 | 19-22 |
| 23   | 0-3 | 4-8  | 9-13  | 14-18 | 19-23 |
| 24   | 0-4 | 5-9  | 10-14 | 15-19 | 20-24 |
| 25   | 0-4 | 5-9  | 10-14 | 15-19 | 20-25 |
| 26   | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-26 |
| 27   | 0-4 | 5-10 | 11-16 | 17-22 | 23-27 |
| 28   | 0-4 | 5-10 | 11-16 | 17-22 | 23-28 |
| 29   | 0-5 | 6-11 | 12-17 | 18-23 | 24-29 |
| 30   | 0-5 | 6-11 | 12-17 | 18-23 | 24-30 |
| 31   | 0-6 | 7-12 | 13-18 | 19-24 | 25-31 |
| 32   | 0-5 | 6-12 | 13-19 | 20-26 | 27-32 |

| Tabelle zur Transformation von Punktwerten |     |       |       |       |       |
|--|-----|-------|-------|-------|-------|
| Summe                                      | 1   | 2     | 3     | 4     | 5     |
| 33   | 0-5 | 6-12  | 13-19 | 20-26 | 27-33 |
| 34   | 0-6 | 7-13  | 14-20 | 21-27 | 28-34 |
| 35   | 0-6 | 7-13  | 14-20 | 21-27 | 28-35 |
| 36   | 0-7 | 8-14  | 15-21 | 22-28 | 29-36 |
| 37   | 0-6 | 7-14  | 15-22 | 23-30 | 31-37 |
| 38   | 0-6 | 7-14  | 15-22 | 23-30 | 31-38 |
| 39   | 0-7 | 8-15  | 16-23 | 24-31 | 32-39 |
| 40   | 0-7 | 8-15  | 16-23 | 24-31 | 32-40 |
| 41   | 0-8 | 9-16  | 17-24 | 25-32 | 33-51 |
| 42   | 0-7 | 8-16  | 17-25 | 26-34 | 35-42 |
| 43   | 0-7 | 8-16  | 17-25 | 26-34 | 35-43 |
| 44   | 0-8 | 9-17  | 18-26 | 27-35 | 36-44 |
| 45   | 0-8 | 9-17  | 18-26 | 27-35 | 36-45 |
| 46   | 0-9 | 10-18 | 19-27 | 28-36 | 37-46 |
| 47   | 0-8 | 9-18  | 19-28 | 29-38 | 39-47 |
| 48   | 0-8 | 9-18  | 19-28 | 29-38 | 39-48 |
| 49   | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 |
| 50   | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-50 |