

Hier ist besonders darauf zu achten, dass die testtheoretischen Bedingungen eingehalten werden, wie Übungsphasen und z. B. Testwiederholungen nach nicht bestandenem Test!

Der Test gilt als bestanden, wenn die Mehrzahl der Tests bei PR > 33 liegt.

Bei Testergebnissen die unklar sind, z. B. wenn das Ergebnis bei zwei Testen mindestens bei PR 16, aber nicht über PR 33 liegt, kann die Kompensation geprüft werden. Diese Beurteilung darf dann aber nicht mehr alleine von einem Arbeitsmediziner beurteilt werden. Hier ist die Zusammenarbeit mit einem Psychologen notwendig. Zur Prüfung der Kompensation kann zum Beispiel ein standardisiertes Gespräch gehören, ebenso wie eine standardisierte Fahrprobe unter Teilnahme des Psychologen. Kommt es zu einer positiven Kompensation der vorher festgestellten Mängel, kann der Fahrerlaubnisbehörde eine entsprechende Stellungnahme zusätzlich zum nicht bestandenem Test mitgegeben werden, und der Bewerber kann dann seine Fahrerlaubnis trotzdem verlängern.

Die Gestaltung der Gutachten ist vorgeschrieben und in der Anlage 15 zu § 11 FeV zu finden. □

Dr.med.Manuela Huetten

Gemeinsame Fachgesellschaft

Nach langem Arbeits- und Abstimmungsprozess sind die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zu der Übereinkunft gekommen, die beiden Fachgebiete zu einer neuen Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zusammenzuführen. □

Medizinische Versorgungszentren und die Arbeitsmedizin

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht nur durch seine Kosten-, sondern auch durch eine Leistungsexplosion gekennzeichnet. Das seit Januar 2004 geltende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG), und hier speziell die Integrierte Versorgung (IV) und die Medizinischen Versorgungszentren (MVZen), sollen Abhilfe schaffen. Die Integrierte Versorgung soll Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Sektoren überwinden, unnötige Untersuchungen reduzieren, mehr Vertrauen in die Therapie schaffen und insgesamt damit das Gesundheitssystem finanziell entlasten.

Der Integrierten Versorgung liegt der Ansatz zugrunde, durch mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern medizinischer Dienstleistungen die Effizienz unseres Gesundheitssystems zu erhöhen. Das vorrangige Ziel muss darin liegen, mit adäquatem Einsatz von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entweder den Eintritt des Erkrankungsfalles zu verhindern bzw. möglichst lange hinaus zu zögern oder aber im Erkrankungsfalle eine möglichst rasche Wiederherstellung der Gesundheit zu erreichen und zwar unabhängig von sektoralen Demarkationen. Hierbei kann die Arbeitsmedizin durch Einbindung in die Integrierte Versorgung entscheidende Impulse liefern.

Die Arbeitsmedizin als Querschnittsfach hat traditionell einen integrativen Zuschnitt. Dieser liegt zum einen im interdisziplinären Ansatz. Internistische, orthopädische, dermatologische, toxi-kologische und psychiatrische Frage-



Kontakt

Prof. Dr. med. Michael Kentner,
Institut für Medizinische Begutachtung
und Prävention imbp, Karlsruhe

stellungen bestimmen u. a. den Arbeitsalltag des Betriebsmediziners an der Schnittstelle Mensch/Arbeit. Zum anderen ist auch die sektorenübergreifende Integration über das Aufgabenspektrum Prävention, präventive Diagnostik und berufliche Rehabilitation im arbeitsmedizinischen Aufgabenspektrum verankert.

Zahlreiche Arbeitsmediziner haben eine zusätzliche Qualifikation mit einer Facharztanerkennung als Internist oder Allgemeinmediziner. Außerdem gibt es viele niedergelassene Kollegen, insbesondere aus den vorgenannten Fachgebieten, die im Nebenamt betriebsärztlich tätig sind. Beide Gruppierungen stellen Protagonisten einer Integrierten Versorgung dar, die auch die Arbeitsmedizin inkludiert. Darüber hinaus haben viele in Unternehmen und in überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Diensten angestellte Arbeitsmediziner derartige Doppelqualifikationen und setzen diese auch tagtäglich ein.

Warum aber sollte sich die Arbeitsmedizin an der Integrierten Versorgung beteiligen? Nun – die Prävention kommt

im deutschen Gesundheitswesen bislang zu kurz. Nirgendwo ist der Settin-gansatz in der Prävention so gut zu rea-lisieren wie im Betrieb. Der im Unfallversicherungsrecht verankerte Präventionsauftrag zur Bekämpfung ar-beitsbedingter Gesundheitsgefahren (Arbeitsschutzgesetz) und arbeitsbe-dingter Erkrankungen (Arbeitssicher-heitsgesetz) hat zu nachweisbaren Erfolgen in der Reduktion von Arbeits-unfällen und Berufskrankheiten ge-führt.

Die arbeitsbedingten Erkrankungen, die weit über die eigentlichen Berufs-krankheiten hinausgehen und viele chronische Krankheiten mit umfassen, sind im Betrieb ebenfalls präventiv gut zugänglich. Betriebsärzte leisten somit einen wichtigen Beitrag in der Steue-rung der Prävention, in der Begleitung von Patientenkarrerien und in der Re-habilitation. Diese Funktionen können in der Integrierten Versorgung ausgebaut werden. Übereinstimmend konnte in der Zwischenzeit auch das Resümee gezogen werden, dass der Erfolg einer IV entscheidend von der Management-kompetenz des Dienstleisters abhängig ist. Die arbeitsmedizinischen Dienst-leister stehen schon lange in einem immer härter werdenden Wettbewerb. Die Grundlagen für ihr Überleben in einem derartigen Umfeld sind moderne Ma-nagementmethoden und zielführende Organisationsstrukturen.

Für die Arbeitsmedizin ergeben sich drei Hauptperspektiven hinsichtlich eines Einstiegs in die Integrierte Ver-sorgung:

1. Der niedergelassene Arbeitsmedizi-ner oder der überbetriebliche ar-beitsmedizinische Dienst oder der outgesourcte firmeneigene arbeits-medizinische Dienst schließen sich einer überregional tätigen Manage-mentgesellschaft oder einem regio-nalen MVZ an.
2. Sie gründen selbst ein MVZ oder
3. sie etablieren eine Management-gesellschaft, die selbst eines oder mehrere MVZs betreibt.

Fazit: Die Existenzgrundlagen der Ar-beitsmedizin sind – wie in keinem an-deren medizinischen Fachgebiet – durch rechtliche Normen geprägt. Dieser le-gislative Rahmen steht derzeit partiell auf dem Prüfstand, insbesondere was das System der Festlegung arbeitsmedi-zinischer Einsatzzeiten anbelangt. Gleichwohl ist auch in andere sozial-rechtliche Felder Bewegung gekommen, was das Gesundheitssystemmodernisie-rungsgesetz deutlich zeigt. Die Arbeits-medizin muss diese Veränderungs-prozesse weniger als Existenzrisiko, sondern vielmehr als Chance begreifen. „Weg von den Paragraphen – hin zu der Kunden/Patienten-Perspektive“ heißt das Motto. Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren stel-len eine solche Option dar. □

Prof. Dr. med. Michael Kentner

Präventionsgesetz kommt vorerst nicht

Das geplante Präventionsgesetz wird vertagt. Grund ist, dass sich die Koaliti-onsparteien nicht einigen können. Der Entwurf sei nicht tot, aber er liege tief in der Narkose, sagte die CDU-Gesund-heitsexpertin Annette Widmann-Mauz der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) betonte, dass sie keinem Gesetz-entwurf zustimmen werde, der hinter den heutigen Stand der Gesundheits-vorsorge zurückfalle. □

Delegation ärztlicher Leistungen

Zeiten der Veränderungen stehen an: Wenn zum 1. Juli das Pflege-Weiterent-wicklungsgesetz in Kraft treten sollte, übernehmen Mitglieder nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe neue Rollen. Ihnen wird es nicht nur künftig möglich sein, von Ärzten an sie delegierte Aufgaben zu übernehmen. Im Rahmen von Mo-dellprojekten wird ihnen sogar die Ge-samtverantwortung für ursprünglich

ärztliche Tätigkeiten übertragen. Bun-desärztekammer (BÄK) und Kassen-ärztliche Bundesvereinigung (KBV) be-trachten die Entwicklung mit Skepsis. Sollte die Regierung den Arztvorbehalt tatsächlich langfristig aufweichen wol-len, stünden bald auch haftungsrecht-liche Fragen auf der Tagesordnung, betonte BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. □

Für erweiterte Integrierte Versorgung

Der NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.) hat sich dafür ausgesprochen, die erweiterte institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Ver-sorgung im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V zu regeln. Eine Öffnung der Krankenhäuser gemäß des revidierten § 116 b SGB V zugunsten der Kranken-häuser gehe oftmals am Bedarf einer möglichst wohnortnahen, patientenori-entierten Versorgung vorbei, so Dr. med. Klaus Bittmann, der Bundesvor-sitzender des NAV-Virchow-Bundes, Plön/Berlin. □

Koloskopie: Gute Inanspruchnahme

Immer mehr gesetzlich Krankenversi-cherte nehmen die Koloskopie, die seit 2002 eine kostenfreie Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist, in Anspruch. Hierauf haben Versicherte ab dem 55. Lebensjahr Anspruch (Män-ner und Frauen). Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Berlin, hat ermittelt, dass zwischen 2003 und 2006 insgesamt 2,3 Millionen gesetzlich Versicherte das Früherken-nungsangebot wahrgenommen haben. Dies waren 11,2 Prozent Frauen und 12,7 Prozent Männer. Bei 30,5 Prozent der Untersuchten stellten die Ärzte Po-lypen oder Adenome fest. Bei 1 Prozent wurde ein Kolon- oder ein Rektum-karzinom diagnostiziert. Das ZI hat 530 000 Befunddokumentationen aus-gewertet. □