

# Der interessante Fall – Alles „Mobbing“ oder Was?

Im Rahmen eines Arbeitsgerichtsprozesses wurde mir ein Patient vorgestellt mit dem Auftrag der Klärung, ob Arbeitsfähigkeit vorlag oder nicht. Bei dem Patienten bestand eine bekannte koronare 2-Gefäßerkrankung mit ungestörter Pumpfunktion bei Zustand nach Hinterwandinfarkt im Jahre 2000. Wegen einem akuten Koronarsyndrom und erneutem retrosternalem Brennen während einer Stresssituation auf der Arbeit kam es im Oktober 2003 zu einer erneuten stationären Aufnahme. Im Februar 2004 dann eine 2-wöchige stufenweise Wiedereingliederung, die im Einvernehmen beider Seiten aber abgebrochen wurde. Ende Februar befanden sowohl der Hausarzt als auch der MDK den Patienten für voll arbeitsfähig für seine letzte Arbeit im Bereich der Qualitätskontrolle. Es bestand eine Belastbarkeit in Höhe von 125 Watt auf dem Ergometer. Bzgl. der psychischen Belastungsreaktion wurde vom MDK bescheinigt, dass der Patient einerseits normal schwingungsfähig war, andererseits jedoch eine deutliche psychische Belastung bezogen auf den Arbeitsplatz zeigte. Diese Belastung hatte nicht so sehr mit der letzten Tätigkeit zu tun, sondern bezog sich vielmehr auf die Interaktion mit seinen direkten Vorgesetzten. Der Patient wurde daraufhin von Seiten der Firma dem betriebsärztlichen Dienst vorgestellt. Dieser kam zu dem Schluss, dass erhebliche gesundheitliche Bedenken sowie Einschränkungen gegen eine Beschäftigung in dem bisher durchgeführten Tätigkeitsbereich bestünden. Unter Einbeziehung der geschilderten Gesundheitsbeeinträchtigungen, des Untersuchungsbefundes sowie der Zugrundelegung der

Tätigkeits- und Arbeitsplatzbeschreibung mit den geforderten spezifischen Tätigkeiten wurde der Patient aus arbeitsmedizinischer Sicht zunächst für 3 Monate unter o. g. Bedingungen für nicht einsatzfähig gehalten, da der Arbeitsplatz angeblich nicht leidensgerecht bezüglich der Herz-Kreislaufbelastung war. Hierdurch war die Initiierung eines Arbeitsgerichtsprozesses unumgänglich.

Mein Erstkontakt als Gutachterin mit dem 57-jährigen Patienten erfolgte im Okt. 2004 in dessen Wohnung im Beisein seiner Ehefrau. Der Patient wirkte in seinem gesamten Verhalten sehr freundlich, höflich und kooperativ, war aber gleichzeitig angesichts der bevorstehenden Arbeitsplatzbegehung sehr angespannt. Seine Frau nahm an dem Gespräch teil und übernahm häufig die Antworten für den Patienten bzw. sprang ihrem Mann zur Seite. Beide verwiesen immer wieder auf eine bestehende Mobbing-Situation, die zu dem Arbeitsplatzkonflikt geführt hätte. Nach diesem längeren Gespräch zwecks Anamneseerhebung erfolgte die Arbeitsplatzbegehung, um ein Bild über die aktuelle Situation zu bekommen.

Von Beginn an fiel mir bei dieser Arbeitsplatzbegehung auf, dass der Patient sehr unsicher war, die Art der zu verrichtenden Tätigkeiten nicht genau beschreiben konnte, sehr vage in seinen Schilderungen blieb und teilweise auch meinte, nie an diesen Orten gewesen zu sein. Dies konnte zwar zum Teil mit der psychischen Anspannung während der aktuellen Begehungssituation zu tun haben, passte allerdings nicht zu dem Hintergrund, dass der Patient seit ca. 30 Jahren in dieser Firma tätig war

*Erzählfreude genügt:*

## Der Fall Aus der Praxis für die Praxis

Jeder Beruf, jede Tätigkeit lebt davon, dass sich jenseits der Routine Erfolge einstellen, vorzeigbare Ergebnisse, Lösungen, schlichtweg Ereignisse, die identitätsstiftend sind oder wie der mehr der Psychologie zugeneigte Kollege zu sagen pflegt, die Selbstwirksamkeit unter Beweis stellt.

Die betriebsärztliche Gemeinde verfügt über eine prall gefüllte Schatztruhe an Erfahrungen, phantasievollen Instrumenten, pfiffigen Lösungen.

Jede Kollegin, jeder Kollege hat eine, ja meist viele Geschichten zu erzählen. Das Problem: Wir Arbeitsmediziner gehören nicht unbedingt zu den mitteilungssüchtigen Zeitgenossen, stellen unsere Erfolge eher unter den Scheffel und können uns gar nicht vorstellen, dass auch andere von unseren doch so banalen Erfahrungen profitieren könnten.

ASU-Praxis möchte dies ändern:

**Erzählfreude genügt** soll einladen und ermutigen, über die eigenen Erfahrungen zu berichten:

Die Identifikation einer seltenen Erkrankung, die Beantwortung einer komplizierten gutachterlichen Fragestellung, die erfolgreiche Wiedereingliederung eines chronisch Kranken, die Etablierung eines Projektes oder Verfahrens, die Organisation einer außergewöhnlichen Veranstaltung, die erfolgreiche Lösung eines Konfliktes aber auch der Misserfolg, den man anderen Kolleginnen und Kollegen Kraft eigener Darstellung ersparen möchte.

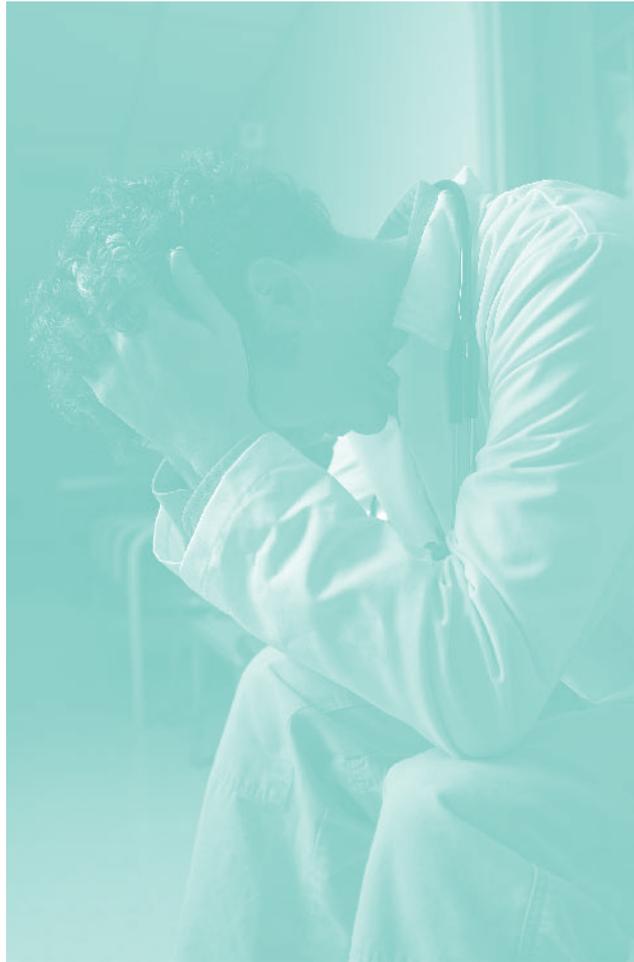
Über Rückmeldungen freut sich Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, Mitglied der ASUpraxis-Redaktion. E-Mail: [hess-graefenberg@t-online.de](mailto:hess-graefenberg@t-online.de) □

und seit ca. 4 Jahren im Bereich der Endkontrolle arbeitete. Hinzu kam ein bei der Terminabsprache mit der Firma erfolgter Hinweis, dass der Patient immer wieder neu angelernt werden müsse, wenn er an seinen Arbeitsplatz zurück kehrte. Aufgrund dieser Beobachtungen beschloss ich, eine neurologisch-psychiatrische Zusatzbegutachtung einzuholen. Auch der Anwalt des Patienten war sehr geschockt von den Vorkommnissen und willigte sofort ein.

Bei der neurologisch-psychiatrischen Zusatzbegutachtung fand sich bei dem Patienten eine Demenz vom Alzheimerstyp mit derzeit mittelgradiger Ausprägung und deutlich ausgeprägten Beeinträchtigungen der zeitlichen und situativen Orientierung, der Kurzzeit- und geringer ausgeprägt auch Langzeitgedächtnisleistungen, der Rechenfähigkeit, der Fähigkeit zum kombinatorischen und logisch-abstrakten Denken und der Kritikfähigkeit. Teil der Demenz ist die sehr eingeschränkte Wahrnehmung der eigenen Defizite. Trotz fehlender Vorfunde ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bereits im erfragten Zeitraum Februar bis April 2004 eine klinisch relevante Beeinträchtigung der o. g. hirnorganischen Funktionen bestand, die es dem Patienten nicht mehr ermöglicht haben dürften, die hier erfragte komplexe Tätigkeit in der Qualitätskontrolle noch sachgerecht auszuführen.

Mit absoluter Sicherheit war festzustellen, dass das gegenwärtige Ausmaß der dementen Entwicklung die berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten vollständig aufhebt, so dass die Berentung unabdingbar ist.

Zusammengefasst entstand das Bild, dass der Patient die durchzuführenden Arbeiten physisch durchaus durchfüh-



ren könnte, aber intellektuell gravierende Schwierigkeiten bestanden, die nicht auf die psychische Belastung oder die zuvor von ihm empfundene Mobbing-Situation zurückzuführen war.

Die Unterstützung seiner Ehefrau auch im Rahmen der Begutachtung führte dazu, dass die Fassade des Patienten deutlich intakter wirkte als der Leistungszustand dahinter. Hierdurch ist wahrscheinlich auch zu erklären, dass weder im Rahmen der stationär-internistischen Behandlung (Oktober – Dezember 2003) noch im Rahmen der Untersuchung des Patienten durch den MDK und durch den arbeitsmedizinischen Dienst der Firma im Febr. 2004 und auch nicht im Rahmen der stationären Rehabilitationsbehandlung im Mai 2004 hirnorganische Leistungsminierungen jedweder Art beschrieben wurden. Es fielen allerdings schon im Sommer 2003 die zunehmenden Schwierigkeiten am Arbeitsplatz auf,

die üblichen Arbeiten am PC zu bewältigen und der Patient wurde vermehrt auf Fehler angesprochen. Dieses Verhalten des Arbeitgebers wurde als „Mobbing“ empfunden. Es deutet aber eher daraufhin, dass schon damals kognitive Defizite bestanden.

Der Begriff „Mobbing“ wird des Öfteren missbräuchlich von Arbeitnehmern verwendet, wenn der Arbeitgeber z. B. aufgrund von häufigen Fehlern des Arbeitnehmers diesen kontrolliert und auf diese Fehler aufmerksam macht. Da zum Krankheitsbild einer Demenz gehört, dass der Betroffene die eigenen Unzulänglichkeiten gar nicht in vollem Umfang wahrnimmt, wird das berechnete Verhalten des Arbeitgebers gegenüber dem Patienten, wie in diesem Falle geschehen, als Ausgrenzung und „Mobbing“ empfunden.

Die betriebsärztliche Entscheidung des Arbeitsmedizinischen Dienstes der Firma bezog sich lediglich auf die körperliche Leistungsfähigkeit, weshalb auch auf die Belastungen des Herzkreislauf- und Stoffwechselsystems hingewiesen wurde. Die körperliche Belastbarkeit war rückblickend aber aller Wahrscheinlichkeit nach schon zum damaligen Zeitpunkt ausreichend für seinen Arbeitsplatz, was sich aus der Anamneseerhebung und der guten Belastbarkeit im Mai 2004 bis 125 Watt während seines Rehabilitationsaufenthaltes ergab.

Interessant war, dass der Patient nach Bekanntgabe der Diagnose angab, dass keinerlei psychische Beeinträchtigungen bisher aufgefallen waren; lediglich beim Tennisspielen fiel auf, dass er manchmal räumlich falsch reagierte (er wurde durch einen Freund darauf aufmerksam gemacht). □

*Dr. med. Monika Stichert*