

Editorial

Zum guten Ton gehört Dual

„Zum guten Ton gehört Dual“ – nicht nur in meiner Generation wurde der Begriff der „Dual“-ität primär durch den Herstellernamen des ersten eigenen Plattenspielers geprägt. Ein Name, mit dem es seit Gründung des Unternehmens im Jahre 1906 im wahrsten Sinne des Wortes rund ging. Noch einige Jahre – nämlich 90 – hat es dann gedauert, bis in Deutschland das Arbeitsschutzgesetz in Kraft trat. Und kurze Zeit später wurde auch ich im Rahmen der arbeitsmedizinischen Weiterbildung mit der Dualität im deutschen Arbeitsschutzsystem vertraut gemacht. Danach gehört es zu den „Grundsätzen der Prävention“, dass das deutsche Arbeitsschutzsystem, neben dem staatlichen Arbeitsschutz, auf dem Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger beruht. Dieser so genannte „Dualismus im Arbeitsschutz“ beruht wiederum auf der Erwägung, dass ein Sozialversicherungszweig, wie die gesetzliche Unfallversicherung, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit wiederherzustellen, bzw. zu entschädigen, in die Lage versetzt werden müsse, „Schadensfälle“ wenn irgend möglich zu vermeiden. Hierzu wurde den Unfallversicherungen von staatlicher Seite der Auftrag zum Erlass von Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften durch Rechtsvorschriften übertragen.

Rund ging es dann auch, als 2003 der Masterplan des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit zum Bürokratieabbau bekannt wurde, und das Bundesministerium für Gesundheit verlauten ließ, dass Prävention künftig die gesamte Gesellschaft erfassen sollte. Eine durch die Arbeits- und Sozialminister der Länder eingesetzte Arbeitsgruppe zur Deregulierung des Arbeitsschutzrechts erörterte eine Zusammenführung des berufsgenossenschaftlichen mit dem staatlichen Arbeitsschutz. Die Rolle der Krankenkassen sollte parallel durch eine „vierte Säule Prävention“ gestärkt werden. Die Berufsgenossenschaften konstatierten: „Die Ereignisse im Arbeitsschutz überschlagen sich“. Das „seit Jahrzehnten bestehende Arbeitsschutzsystem in Deutschland“ werde „infrage gestellt“. Eine recht „kölsche“ Argumentation (Sankt Augustin liegt ja bekanntlich in unmittelbarer geografischer Nähe zu Köln), denn der lebenserfahrene Kölner argumentiert gemäß des kölschen Grundgesetz: „et is wie et is“ und „et hätt noch immer jot jejang!“.

So war es wenig überraschend, dass die Arbeits- und Sozialministerkonferenz sich in 2005 nur noch für eine verstärkte Abstimmung und Kooperation zwischen den Arbeitsschutz-

behörden der Länder und den Berufsgenossenschaften aussprach. Was Letztere naturgemäß begrüßten – „Wir wollen kooperieren, wir wollen uns abstimmen, wir wünschen uns gemeinsame Ziele und Strategien im Arbeitsschutz“. Diese Diskussion zum Dualismus im Arbeitsschutz wiederum rief die BDA auf den Plan, die angesichts einer „Doppelzuständigkeit von Berufsgenossenschaften einerseits und Ländern bzw. Gewerbeaufsicht andererseits“ Kosten für die Unternehmen befürchteten, „die durch eine ineffiziente Organisation von Prävention bedingt sind.“

Die Errungenschaften des dualen, „seit Jahrzehnten bestehende(n) Arbeitsschutzsystem in Deutschland“ wurden auch im Bundesarbeitsblatt (6/2003, S. 48) beschrieben: „Von diesen Rechtsetzungskompetenzen haben sowohl der Staat als auch die Unfallversicherungsträger in der Vergangenheit regen Gebrauch gemacht, so dass über Jahrzehnte ein umfangreiches Vorschriften- und Regelwerk entstanden ist“ – das dazu dienen sollte, die Umsetzung des Auftrags der Unfallversicherungsträger zu erleichtern.



Dr. med. Andreas Tautz
Chief Medical Officer
Corporate Health Management
Department 526
Deutsche Post World Net Headquarters
Bonn

Editorial

Dr. med. Andreas Tautz befasst sich u. a. mit dem Präventionsbericht 2008 der gesetzlichen Krankenkassen, stellt „erfreut“ fest, dass das BMAS einen Mehrbedarf an Arbeitsmedizinern erkennt und meint: „Als Arbeitsmediziner sind wir schon lange Diagnostiker, Therapeuten und Berater“

17

Praxis

Was gibt es Neues zum Thema Hauterkrankungen in der betriebsärztlichen Praxis?

19

Stufenverfahren Haut – eine Erfolgsstory

24

Auch in Westfalen gibt es jetzt

26

ein Web-Reha-Angebot

26

Präventionsbericht 2008

30

der gesetzlichen Krankenkassen

30

Industrieinformationen / Impressum

32

Hier offenbart sich die ursprüngliche Bedeutung des „Dualismus“-Begriffs. Verstand der englische Sprachwissenschaftler Thomas Hyde im 17. Jahrhundert unter „Dualismus“ die Existenz einen guten und eines bösen übernatürlichen Wesens, konkretisierte der deutsche Philosoph Christian Wolff: „Dualisten heißen diejenigen, die die Existenz materieller und immaterieller Substanzen annehmen“. Letztere also auf Seiten des BMAS mit dem Thema der „menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ –, dagegen die „materielle Substanz“ – der Entschädigungsaspekt – bei den Unfallversicherungen.

Die „immaterielle Substanz“, die in der EU-Legislative und dem Arbeitsschutzgesetz enthaltene Forderung einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit erfuhr mit dem Paradigmenwechsel in der Arbeitsmedizin eine fundamentale Erweiterung – Arbeit wird nicht mehr per sé als zu versichernde Gesundheitsgefahr definiert, nein spätestens seit 1989 finden deren gesundheitsförderlichen Potentiale (mehr oder weniger) Berücksichtigung. Denn über die – mehrfach reformierte – Sozialgesetzgebung wurden auch die gesetzlichen Krankenkassen in den Auftrag zur Verhinderung arbeitsbedingter Erkrankungen einbezogen. Sozusagen „dualer Dualismus“ – BMAS und Unfallversicherungen einerseits, BMG und GKV andererseits.

Der Präventionsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen umfasst Aufgaben im Bereich der Primärprävention, also Maßnahmen zum Erhalt, bzw. der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, ebenso wie die Initiierung, bzw. Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie weit das Engagement der Krankenkassen hierbei gediehen ist, können wir dem in dieser Ausgabe vorgestellten Präventionsbericht 2008 (Seite 30) entnehmen, der erstmals eine kassenübergreifende Auswertung der GKV-Beteiligung an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt. Im Bericht hervorgehoben wird, dass insbesondere auch ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen geleistet wurde. Denn der im SGB V an die Krankenkassen ergangene Auftrag beinhaltet die Forderung, dass Leistungen zur Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen.

Und in der Tat gibt es eine bis heute inakzeptable Abhängigkeit vom sozialen Status der Menschen. Nicht nur Kindergarten und Schule, sondern insbesondere das Setting „Unternehmen“ eröffnet die Möglichkeit des „Zugehens“ auf die Menschen – hier gerade auch für Beschäftigte mit geringerem Sozial- und Bildungsstatus – eine Chance des Zugangs zu Maßnahmen der Individualprävention. Die Stärkung von Prävention ist nicht nur für die Lebensqualität und den Erhalt der persönlichen Leistungsfähigkeit der Menschen, sondern auch zur ökonomischen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens sowie überhaupt der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft unverzichtbar. Der Arbeitsplatz ist in Deutschland das präventionspolitische Kernsetting – den Beschäftigten ist ein Zugang zu ärztlicher Beratung rechtlich zugesichert.

Die Arbeitsmedizin ist heute die integrierende Schnittstelle zwischen präventivem Arbeitsschutz mit seinem Element der Gesundheitsförderung und der haus- und fachärztlichen Versorgung.

Konsequent und erfreulich ist daher die Feststellung des BMAS, dass der „Bedarf an Arbeitsmedizin steigt. Die Veränderungen in der Arbeitswelt bringen für die Beschäftigten neue Belastungen und Beanspruchungen mit sich. Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen nehmen zu. Gleichzeitig erfordert die demografische Entwicklung eine deutliche Verlängerung der Lebensarbeitszeiten.“ ... „Arbeitsmedizinische Vorsorge ist ein zentrales Instrument des medizinischen Arbeitsschutzes. Sie ergänzt allgemeine arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen um Maßnahmen der Sekundärprävention.“

Als Arbeitsmediziner sind wir Diagnostiker, Therapeut und Berater. Ziel unserer Aktivitäten ist der Erhalt und die Förderung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Menschen. Eine Fokussierung auf eine Vermeidung „arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen“ ist hier schon lange nicht mehr ausreichend. Vielmehr bedarf es hier des Ansatzes einer integrativen Funktion der Arbeitsmedizin in der Gesundheitsversorgung der erwerbstätigen Bevölkerung.

Wenig verwunderlich, dafür aber um so erfreulicher, ist daher das Interesse des BMG an unserer Tätigkeit, hier beispielsweise zum Thema „Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen“. Nur konsequent war die Forderung des 111. Deutsche Ärztetag einer Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung und eine zunehmende Diskussion der arbeitsmedizinischen Präventionspotentiale, z. B. bei der von der Bundesärztekammer 2008 veranstalteten II. Präventionstagung sowie im Rahmen des Projekts „ArBeK – Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner“.

Zum „guten Ton“ gehört allerdings eine Abstimmung der durch die dargestellten „Dualisten“ bisher in unterschiedlicher Weise präferierten Ziele und Strategien. So wurde den im Vorfeld durch das BMG annoncierten Präventionszielen eine „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“ gegenübergestellt und auch die Krankenkassen stellen in ihrem Präventionsbericht neue, ihren Maßnahmenplanungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zugrundeliegende, Präventionsziele vor.

Unterschiedliche Ziele und Strategien lassen befürchten, dass sich „Dualitäten“ rasch zu „Polaritäten“ entwickeln. Was uns aber zumindest in philosophischer Hinsicht keinen Grund zur Unruhe bieten sollte. Denn wo Hegel Polarität beschreibt als „Unterschiede, in welchem die Unterschiedenen untrennbar sind“ sekundiert die chinesische Philosophie mit der Einheit polarer Gegensätze (Yin und Yang). Beide bedingen einander, sie sind untrennbar zu einer Einheit verbunden – es gibt keinen Tag ohne Nacht, kein heiß ohne kalt, keine Gesundheit ohne Krankheit. Erst die Polarität ermöglicht Vielfalt und neue Handlungsoptionen. Wir sind gefragt das Beste draus machen und unsere Optionen in Praxis und Forschung nutzen – die Arbeitsmedizin ist hier der Kitt der alles verbindet. □

Hauterkrankungen in der betriebsärztlichen Praxis

– was gibt es Neues in der Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt, Hautarzt und BG?

Christoph Skudlik, Swen Malte John

Einleitung:

Berufsbedingte Hauterkrankungen nehmen seit Jahren mit ca. 30 % aller gemeldeten Berufskrankheitenverdachtsfälle die Spitzenposition im Berufskrankheitengeschehen in Deutschland ein [9, 18] (z. B. 2007: 18.404 „Hautmeldungen“ bei insgesamt 61.150 Verdachtsmeldungen an die Unfallversicherungsträger der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand [Butz, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Persönliche Mitteilung]). Hierbei ist davon auszugehen, dass Berufsdermatosen nicht ausreichend angezeigt werden und somit eine Unterschätzung um den Faktor 30–50 angenommen werden muss [8]. Da berufsbedingte Hauterkrankungen oft hartnäckig sind und längere Arbeitsunfähigkeit verursachen, sind die volkswirtschaftlichen Folgekosten durch Arbeitsausfall und Produktivitätsrückgang in den Betrieben erheblich. Sie werden auf bis zu 1,8 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Der Anteil berufsbedingter Hauterkrankungen an den Gesamtkosten für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen („Teilhabe“) der gesetzlichen Unfallversicherung beträgt fast 60 % [3, 8]. Der Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen kommt in der betriebsärztlichen Praxis somit eine besondere Bedeutung zu.

Klinik

Berufsbedingte Hauterkrankungen manifestieren sich in der Regel primär an

beruflich exponierten Lokalisationen. Nicht selten werden zunächst irritative Initialstadien durchlaufen, bevor es zur Ausbildung ausgeprägterer kumulativ-subtoxischer bzw. chronisch degenerativer Kontaktekzeme kommt. Beruflich Exponierte mit einer anlagebedingt erhöhten Hautempfindlichkeit (atopische Hautdisposition) haben ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung primär irritativer berufsbedingter Hautschädigungen [4, 19, 20]. Klinisch manifestieren sich berufsbedingte Hauterkrankungen in über 90 % der Fälle als an den Händen lokalisierte Kontaktekzeme. Pathogenetisch sind in der Regel irritative und allergische Einwirkungen anzuschuldigen [Tabelle 1, Tabelle 2], wobei Mischformen häufig sind und zusätzlich nicht selten auch eine endogene Komponente im Sinne einer atopischen Hautdisposition vorliegen kann [4, 5]. Auslösende Faktoren von Kontaktekzemen können sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld sowie in der natürlichen Umwelt des Menschen vorkommen.

Toxisches Kontaktekzem

Toxische Kontaktekzeme treten exakt im Kontaktareal auf. Es wird zwischen akut-toxischen (z. B. durch das Einwirken von Säuren oder Laugen auf das Hautorgan) und kumulativ-subtoxischen (z. B. durch die immer wiederkehrende Einwirkung von Seife und Nässe beim Händewaschen) Kontaktekzemen unterschieden. Während akut-toxische Einwirkungen obligat zum Auftreten einer Kontaktder-

Kontakt



Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Skudlik
 Fachgebiet Dermatologie,
 Umweltmedizin, Gesundheitstheorie
 der Universität Osnabrück
 Institut für interdisziplinäre
 dermatologische Prävention
 und Rehabilitation (iDerm)
 an der Universität Osnabrück
 Universität Osnabrück
 Sedanstraße 115 (Station D1)
 49090 Osnabrück
 Telefon: 05 41-4 05-18 10
 Fax: 05 41-9 69-24 45
 E-Mail: cskudlik@uos.de

matitis führen, ist zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines kumulativ-subtoxischen Kontaktekzems die wiederholte bzw. andauernde Einwirkung von primär in der Regel nicht obligat-toxischen Noxen über einen längeren Zeitraum nötig. Diese Einwirkungen führen sukzessive zu einer Minderung der Hornschichtbarrierefunktion, so dass durch das Eindringen irritierender Noxen in tiefere Epidermisschichten entzündliche Prozesse ausgelöst werden. Klinisch manifestieren sich irritative Kontaktekzeme häufig durch relativ scharfe Einzelherde mit Rötung, Schuppung, Exkoriationen, Erosionen und Lichenifikationen. Bei Feuchtarbeiten manifestiert sich das kumulativ-subtoxische Kontaktekzem häufig zunächst in den Fingerzwischenräumen („Interdigitalraumekzem“) und kann dann auf Handrücken und Finger übergreifen [Abbildung 1]. Aber auch andere Lokalisationen

Tabelle 1 Häufige irritative Noxen bei Berufsdermatosen (nach 19)

Beruf	Irritative Noxen
Friseur	Haarwäschen, Abspülen von Friseurchemikalien wie Wellmittel, Färbungen, Fixierungen, Umgang mit Shampookonzentraten, Okklusion unter Schutzhandschuhen
Maurer, Fliesenleger, Bauberufe	Nasser Zement (hoch alkalisch mit pH-Wert meist > 12, mit zusätzlicher hygroskopischer und abrasiver Wirkung), Feuchtarbeit, z. B. beim Verfugen, Umgang mit Mineralfasermatten
Zahntechniker	Feuchtarbeit, Umgang mit Desinfektionsmitteln, Detergenzien und Gipsen, mechanische Reizung durch berufstypische Stäube
Bäcker, Konditoren	Feuchtarbeit, Umgang mit Detergenzien, Mehlen, Gewürzen, organischen Säuren, Backtriebmitteln und feuchter Hefe
Floristen, Gärtner	Mechanische Irritantien (z. B. Dornen, Stacheln, Haare), chemische Irritantien (z. B. saure Pflanzensäfte), Phototoxizität (Furocumarine), Feuchtarbeit
Med. Bademeister, Masseur	Feuchtarbeit, mechanisch-irritative Einwirkungen, Umgang mit hyperämisierenden Substanzen
Krankenpfleger, Altenpfleger	Feuchtarbeit, Okklusion unter Schutzhandschuhen, Umgang mit Desinfektionsmitteln und Detergenzien
Metallbearbeiter (spanende Fertigung und Umformung)	(wassermischbare) Kühlschmierstoffe (unphysiologische pH-Werte, zumeist alkalisch), Feuchtarbeit, „unphysiologische“ Reinigungsmittel

sind nicht selten: So können durch okklusives Schuhwerk (z. B. Gummistiefel, geschlossene Sicherheitsschuhe) irritative Kontaktekzeme an den Füßen ausgelöst werden.

Kumulativ-subtoxische Kontaktekzeme stellen die häufigste Ursache berufsbedingter Hauterkrankungen dar, was zum Teil angesichts berufsbedingter Allergien verkannt wird. Aufgrund der hiermit einhergehenden Minderung der

epidermalen Barrierefunktion kann diese Ekzemform jedoch sekundär aufgepfropften allergischen Kontaktekzemen Vorschub leisten (so genanntes 2-Phasen-Ekzem).

Allergisches Kontaktekzem

Das allergische Kontaktekzem ist pathogenetisch auf eine zellvermittelte Allergie vom Spättyp (Typ-IV-Reaktion) zurückzuführen, wobei sich die Typ-IV-

Reaktion epidermal realisiert. Typisch ist bei berufsdermatologischen Fragestellungen das 2-Phasen-Ekzem: Dabei wird die Sensibilisierung auf dem Boden einer beeinträchtigten Hornschichtbarrierefunktion bei kumulativ-subtoxischem Handekzem

Abhängigkeit von der immunogenen Potenz der Allergene und der Intensität der beruflichen Exposition können Sensibilisierungen jedoch auch bereits beim erstmaligen Kontakt induziert werden (z. B. durch Epoxidharze). Klinisch imponiert das allergische Kontaktekzem gegenüber dem kumulativ-subtoxischen Kontaktekzem nicht selten durch einen stärker entzündlichen Befund, teils mit Rötung, Infiltration und Blasenbildung im Kontaktareal und unscharfer Ausbreitungstendenz („Streuung“). Bei besonders hochgradiger Sensibilisierung gegenüber luftgetragenen Allergenen kann als klinisch besonders schwere Manifestation ein aerogenes allergisches Kontaktekzem („Air-borne-Contact-Dermatitis“) resultieren. Eine weitere Variante ist die Photoallergie, bei der das Allergen durch photochemische Aktivierung (zumeist bedingt durch UVA-Licht) entsteht.

Atopisches Ekzem

Neben den beiden oben genannten, ausschließlich durch exogene Faktoren bedingten Ekzemytypen kann auch das



Abbildung 1: Initialstadium eines sich von den Fingerzwischenräumen schürzenartig auf den Handrücken ausdehnenden kumulativ-subtoxischen Handekzems (nach 17)

Tabelle 2 Häufige Allergene bei Berufsdermatosen (nach 19)

Beruf	Häufige Allergene
Friseur	Oxidationshaarfarben (p-Phenylendiamin, p-Toluyldiamin), Ammoniumpersulfat, Glycerylmonothioglykolat (in den letzten Jahren deutlich rückläufig, da von der Haarkosmetikindustrie weitgehend zurückgezogen)
Maurer, Fliesenleger, Bauberufe	Kaliumdichromat, Kobalt, Epoxidharzsysteme (Epoxidharze, Reaktivverdünner und -härtner)
Zahntechniker	Acrylate bzw. Methacrylate, Melamin-Formaldehydharz
Bäcker, Konditoren	Mehle, Gewürze, Aromastoffe, Antioxidantien
Floristen, Gärtner	Sesquiterpenlactone (-Mix: Screening für Kompositen), Primin, Geraniol u. v. m., Cave: nicht selten aerogene allergische Kontaktdermatitis
med. Bademeister, Masseur	Konservierungsstoffe (z. B. Methylidibromoglutaronitril) und weitere Externinhaltsstoffe (z. B. Cetylstearylalkohol), Desinfektionsmittel (z. B. Aldehyde)
Krankenpfleger, Altenpfleger	Desinfektionsmittel (z. B. Aldehyde), Konservierungsstoffe (z. B. Methylidibromoglutaronitril), Gummiinhaltsstoffe (z. B. Vulkanisationsbeschleuniger wie Dithiocarbamate)
Metallbearbeiter, (spanende Fertigung und Umformung)	Konservierungsmittel in Kühlschmierstoffen (z. B. Formaldehyd (-abspalter), Tallöl-Destillate („Leitallergen“: Kolophonium)

(primär als anlagebedingte Erkrankung einzustufende) atopische Ekzem berufsbedingt verursacht oder verschlimmert werden. Die atopische (Haut-)Disposition geht mit einer anlagebedingt erhöhten Hautempfindlichkeit einher. Insbesondere durch irritative hautbelastende Tätigkeiten (z. B. Feuchtarbeit) kann ein atopisches Handekzem, häufig einhergehend mit dem Auftreten kleinerer Bläschen an Handinnenflächen und Fingerseitenkanten, auftreten. Oftmals sind hierbei atopische Handekzeme auch mit atopischen Fußekzemen sowie zum Teil auch genereller atopischer Dermatitis (z. B. mit Befall der großen Gelenkbeugen) vergesellschaftet. Typisch für das atopische Handekzem – in Abgrenzung zum kumulativ-subtoxischen oder allergischen Kontaktekzem – ist der chronische bzw. chronisch-rezidivierende, schubweise Verlauf – auch bei feststellbarer Arbeitsabhängigkeit.

Weitere klinische Manifestationsformen

Weitere klinische Manifestationsformen einer Berufsdermatose können daneben u. a. berufsbedingte Typ-I-Allergien (Kontakturtikaria), eine beruflich irritativ verursachte („geköbnerte“) Psoriasis vulgaris (der Hände), beruflich er-

worbene Hautinfektionen und auch (bei entsprechender Kausalität) Hautkrebs darstellen.

Präventionsstrategien bei Berufsdermatosen: Stufenverfahren Haut und Hautarztverfahren:

Die Unfallversicherungsträger sind nach § 14 des SGB VII gesetzlich verpflichtet, Leistungen zur Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeits-

bedingten Gesundheitsgefahren „mit allen geeigneten Mitteln“ zu erbringen [17, 18]. Seitens der gesetzlichen Unfallversicherung wurde verwaltungsseitig am 06. 12. 2005 das Stufenverfahren Haut eingeführt: Mit diesem Verfahren soll erreicht werden, dass die im Einzelfall erforderlichen präventiven Maßnahmen systematischer und effizienter seitens der Unfallversicherungsträger eingeleitet und Abhilfe-Leistungen nach § 3 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) mög-

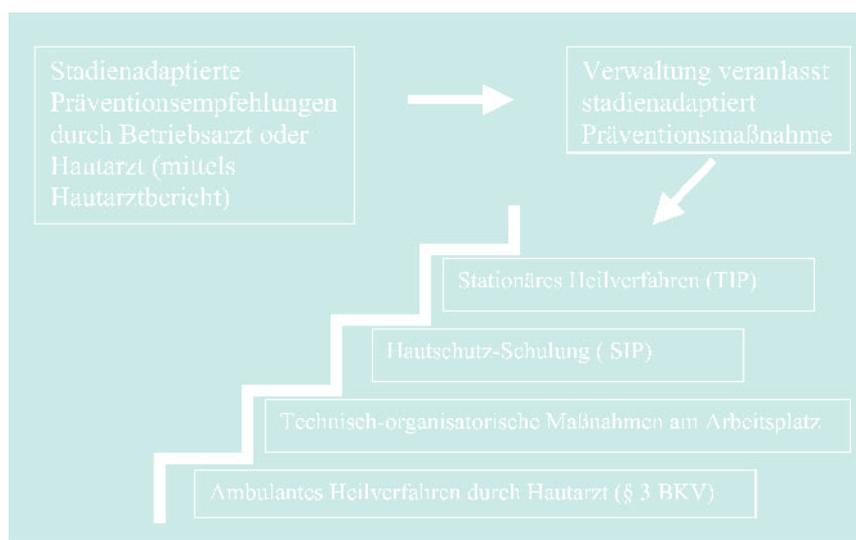


Abbildung 2: Prinzip des Stufenverfahrens Haut (Beispiel); SIP = sekundäre Individual-Prävention [ambulante Seminare], TIP = Tertiäre Individual-Prävention [modifiziertes stationäres Heilverfahren] (nach 17)

lichst frühzeitig erbracht werden [10, 18]. Erklärtes Ziel ist es hierbei, durch persönliche Beratung und Betreuung des Versicherten „kundenorientiert“ zu helfen, den gesetzlichen Anspruch auf Vorbeugung einer drohenden Berufskrankheit zu erfüllen und so den Erhalt des Arbeitsplatzes sicherzustellen. Vorrangig ist hierbei eine möglichst rasche Intervention [10].

Die Interventionsstrategie im Stufenverfahren Haut besteht aus einem Programm sich in ihrer Intensität steigern der Maßnahmen. Hierbei sind niederschwellige, kostengünstige Maßnahmen vor aufwendigeren zu veranlassen [Abbildung 2]. Der Erfolg der initiierten Präventionsmaßnahmen wird gemäß des Stufenverfahrens Haut in 3-Monats-Abständen kontrolliert; bei Bedarf sind entsprechende Nachjustierungen im Sinne der Einleitung ergänzender Präventionsmaßnahmen vorgesehen [10, 17, 18].

Wichtige Bausteine des Stufenverfahrens Haut stellen auf der Ebene der ambulanten Versorgung der Betroffenen (Sekundäre Individual-Prävention; SIP) das ambulante dermatologische Heilverfahren, das Angebot gesundheitspädagogischer Hautschutzseminare (GPS) und die Zurverfügungstellung persönlicher Hautschutzmaßnahmen sowie technisch / organisatorische Maßnahmen dar. Bei besonders schweren, ambulant therapieresistenten Berufsdermatosen steht als weiterer Baustein auf der Ebene der tertiären Individual-Prävention (TIP) das Angebot eines interdisziplinären, modifiziert-stationären Heilverfahrens im Rahmen des Forschungsvorhabens „Medizinisch-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Verfügung [10, 21].

Durch Umsetzung interdisziplinärer Präventionsmaßnahmen konnten in den letzten Jahren in der Berufsdermatologie signifikante Erfolge erzielt werden [1, 2, 6, 7, 13, 15, 16, 17, 23, 24].

Auf medizinischer Seite kommt hierbei dem Hautarztverfahren (das aber

ebenso von Arbeitsmedizinerinnen oder Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ genutzt werden kann! [14]) die zentrale Rolle zu. Das seit 1972 existierende Hautarztverfahren wurde mit bundesweiter Einführung des „optimierten Hautarztberichtes“ am 01.01.2006 grundlegend reformiert [11, 12]. Das Hautarztverfahren bietet eine gemeinsame Grundlage für Ärzte und Unfallversicherungsträger, schnell und effektiv geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um einer Berufskrankheit vorzubeugen und Betroffenen zu ermöglichen, die berufliche Tätigkeit fortzusetzen. Jeder Arzt ist gemäß § 41 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger verpflichtet, einen Patienten, bei dem die Möglichkeit besteht, dass durch die berufliche Tätigkeit eine Hauterkrankung entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert, einem Hautarzt vorzustellen. Dieser kann dann (ebenso wie Arbeitsmediziner oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“) das Hautarztverfahren einleiten [14]. Hierbei setzt das optimierte Hautarztverfahren unter anderem besondere Schwerpunkte in der exakten Erfassung der schädigenden Einwirkungen und insbesondere der dezidierten Stellungnahme zu den erforderlichen präventiven Maßnahmen. Diese umfassen sowohl therapeutische Empfehlungen als auch dezidierte Empfehlungen zu den zu ergreifenden Hautschutzmaßnahmen, arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen sowie weiterer Intervention seitens des Unfallversicherungsträgers. Letzteres beinhaltet u. a. Vorschläge zur Einleitung spezifischer Präventionsangebote auf der Ebene der sekundären Individual-Prävention (SIP, ambulante Schulungsseminare) bzw. der tertiären Individual-Prävention (TIP, modifiziertes stationär-ambulant vernetztes Heilverfahren) [14]. Diese im Hautarztbericht bzw. in den Verlaufsberichten im Rahmen des Hautarztverfahrens erstatteten Angaben und Vorschläge finden in den beschriebenen Prozessschritten des Stufenverfahrens Haut ihre Entsprechung. Hieraus resultiert, dass Prozess- und Ergebnisquali-

tät des Stufenverfahrens ganz maßgeblich von der Zusammenarbeit der behandelnden Hautärzte und der Unfallversicherungsträger abhängen.

Praktische Anwendung des Hautarztverfahrens:

Das Hautarztverfahren sollte frühzeitig (– z. B. durch den Betriebsarzt –), bereits bei entsprechend irritativen Initialstadien (z. B. einem beginnenden kumulativ-subtoxischen Fingerzwischenraum- oder Handrückenekzem [Abbildung 1]), eingeleitet werden um einer Progredienz des irritativen Kontaktekzems sowie der Induktion eines sekundär aufgepfropften allergischen Kontaktekzems entgegen zu wirken. Das präexistente proinflammatorische Milieu in Verbindung mit der irritativ bedingten Beeinträchtigung der epidermalen Barriere steigert die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung sekundärer Sensibilisierungen bzw. allergischer Kontaktekzeme ganz erheblich [5]. Es ist im Rahmen der Erstattung des Hautarztberichtes (F 6050, s. u.) nicht erforderlich, dass die berufliche Kausalität der Hautveränderungen bewiesen oder wahrscheinlich ist; ausreichend ist hier, dass bereits die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Dermatose mit beruflichen Einwirkungen besteht.

Das Hautarztverfahren wird durch Hautärzte, Arbeitsmediziner oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ unter Verwendung des Formtextes F 6050 „Hautarztbericht-Einleitung Hautarztverfahren / Stellungnahme Prävention“ eingeleitet (und liquidiert: Berichtsgebühr: € 50,-) [14]. Ärzte anderer Fachrichtungen (z. B. Hausarzt) stellen Erkrankte unter Verwendung des Formtextes F 2900 bei einem Hautarzt vor, welcher dann seinerseits nach Untersuchung des Betroffenen den Hautarztbericht erstattet. Folgeberichte werden mittels des Formulars F 6052 (Verlaufsbericht Hautarzt) erstattet [14] [Abbildung 3; Bezug der Formulare z. B. über: www.hvbg-service.de/cgi-bin/formtext oder www.dermatologie.uniosnabrueck.de; Stand: 31.12.2008]. Die Erstattung des Hautarztberichtes setzt

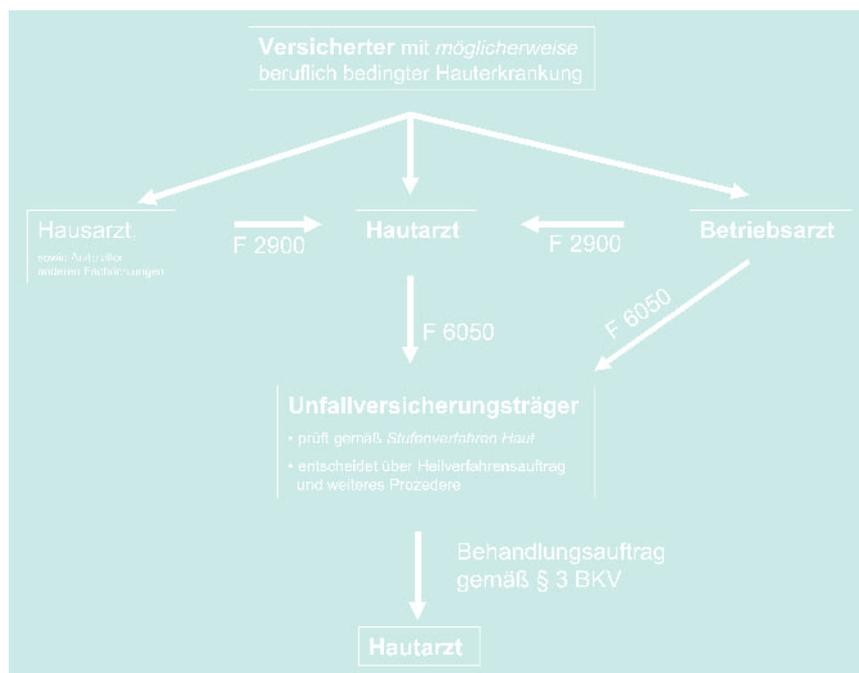


Abbildung 3: Ablaufschema zum Hautarztverfahren (nach 17)

jedoch das Einverständnis des Betroffenen voraus. Sollte der Betroffene nicht wünschen, dass der Arbeitgeber von dem möglichen Vorliegen einer berufsbedingten Hauterkrankung erfährt, sollte dies explizit im Hautarztbericht vermerkt werden [17].

Nach eingegangener Meldung des Hautarztberichtes beim zuständigen Unfallversicherungsträger werden die entsprechenden Präventionsmaßnahmen – sofern sich Anhaltspunkte für eine berufliche Verursachung der Hauterkrankung ergeben – durch den Unfallversicherungsträger initiiert.

Dies beinhaltet gemäß Stufenverfahren Haut die möglichst zeitnahe (in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung) Erteilung eines Behandlungsauftrages zur Durchführung einer hautfachärztlichen Therapie „mit allen geeigneten Mitteln“ (z. B. inklusive der Verordnung medizinisch indizierter hautpflegender Externa bei gleichzeitigem Wegfall von Praxis- und Rezeptgebühren).

Desweiteren erfolgt seitens des Unfallversicherungsträgers in der Regel parallel zur Erteilung des Behandlungsauftrages die Einladung des Versicherten zu einem gesundheitspädagogischen Hautschutzseminar (GPS; z. B. in speziellen Schulungs- und Beratungszentren)

möglichst innerhalb von sechs bis acht Wochen (SIP).

Im Zuge dieser ambulanten interdisziplinären Hautschutzseminare erfolgt eine auf die jeweilige Berufsgruppe abgestimmte gesundheitspädagogische Motivationsförderung und Schulung in der Auswahl und (praktischen) Anwendung adäquater Hautschutzmittel. Ferner werden die Versicherten durch Berufsdermatologen untersucht und beraten. In diesem Zusammenhang werden sowohl bezüglich der Verwaltung als auch der am Heimatort behandelnden Dermatologen dezidierte diagnostische, therapeutische und teils versicherungsrechtliche Empfehlungen ausgesprochen. Flankierend werden die Betroffenen auch verwaltungsseitig von Berufshelfern bezüglich versicherungsrechtlicher Fragestellungen beraten. Der den initialen Hautarztbericht erstattende (Betriebs-)Arzt erhält in der Regel einen dezidierten Bericht bezüglich der diagnostischen Einordnung und der Präventionsempfehlungen (inklusive detaillierter Nennung von Schutzhandschuhen und Hautmitteln) und wird eng in die arbeitsplatzbezogenen (z. B. technischen / organisatorischen) Präventionsanstrengungen eingebunden.

Bei Therapieresistenz, Progredienz oder fortbestehender Arbeitsunfähigkeit der

berufsbedingten Hauterkrankung trotz SIP ist die Einleitung eines stationären Heilverfahrens auf der Ebene der TIP indiziert (z. B. nach dem „Osnabrücker Modell“) [22]. Bei der an der Universität Osnabrück seit 1994 durchgeführten stationären Behandlungsmaßnahme handelt es sich um ein interdisziplinäres Präventionskonzept. Es wurde gezeigt, dass bei 2/3 der Patienten mit konkret drohender Gefahr der Berufsaufgabe ein langfristiger Berufsverbleib erzielt werden kann [22].

Fazit für die betriebsärztliche Praxis:

Durch das parallel zum neuen (auch für den Betriebsarzt nutzbaren) Hautarztverfahren komplementär ergänzend eingeführte Stufenverfahren Haut der gesetzlichen Unfallversicherung ist gewährleistet, dass die zur Verfügung stehenden Präventionsmaßnahmen (ambulanter Behandlungsauftrag gemäß § 3 BfKV, arbeitsplatzbezogene technisch-organisatorische Maßnahmen, Teilnahme an gesundheitspädagogischen Hautschutzseminaren bzw. ggf. modifizierten stationären Heilverfahren) dem jeweiligen Erkrankungsverlauf angepasst Betroffenen mit berufsbedingten Hauterkrankungen wesentlich rascher als bisher angeboten werden können. Durch eine enge Kooperation zwischen Betriebsarzt, Hautarzt und Unfallversicherungsträger (– unter Nutzung der Kommunikationsstrukturen des Hautarztverfahrens –) kann der Progredienz und Chronifizierung einer Berufsdermatose und somit „der konkreten Gefahr der Unterlassung der schädigenden Tätigkeit“ erfolgreich begegnet werden. □

Literatur

- [1] Allmers, H., Schmengler, J., John, S. M. (2004) Decreasing incidence of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex allergy in German health care workers. *J Allergy Clin Immunol* 114: 347–351
- [2] Allmers, H., Schmengler, J., Skudlik, C. (2002) Primary prevention of natural rubber latex allergy in the German health care system through education and intervention. *J Allergy Clin Immunol* 110: 318–23

- [3] Batzdorfer, L., Schwanitz, H.J. (2004) Direkte und indirekte Kosten berufsbedingter Hauterkrankungen. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 11: 578–582
- [4] Belsito, D.V. (2005) Occupational contact dermatitis: Etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. *J Am Acad Dermatol* 53: 303–313
- [5] Bonneville, M., Chavagnac, C., Vocanson, M., Rozieres, A., Benetiere, A., Pernet, I., Denis, A., Nicolas, J.F., Hennino, A. (2007) Skin contact irritation conditions the development and severity of allergic contact dermatitis. *J Invest Dermatol*; 127: 1430–1435
- [6] Dickel, H., Blome, O., Hagemann, K.H., Schwanitz, H.J., Kuss, O., John, S.M. (2003) Berufsbedingte Hauterkrankungen – Paradigma der Sekundärprävention: Das Hautarztverfahren. *Gestern, Heute, Morgen. Trauma Berufskrankh* 5: 109–118
- [7] Diepgen, T.L., Radulescu, M., Bock, M., Weisshaar, E. (2005) Rehabilitation von berufsbedingten Hauterkrankungen. *Hautarzt* 56: 637–643
- [8] Diepgen, T.L., Schmidt, A. (2001) Werden Inzidenz und Prävalenz berufsbedingter Hautkrankheiten unterschätzt? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*; 37: 477–480
- [9] Diepgen, T.L., Schmidt, A., Bernhard-Klimt, C., Dickel, H., Kuss, O., Bruckner, T., Butz, M. (2006) Epidemiologie von Berufsdermatosen. In: Szliska, C., Brandenburg, S., John, S.M. (Hrsg.), *Berufsdermatosen. 2. Auflage. München/Deisenhofen: Dustri*; 45–67
- [10] Drechsel-Schlund, C., Francks, H.P., Klinkert, M., Mahler, B., Römer, W., Rogosky, E. (2007) Stufenverfahren Haut. *BG 01/07*: 32–35
- [11] John, S.M. (2006) Hautarztverfahren: Universelle Plattform für die dermatologische Frühintervention. In: Szliska, C., Brandenburg, S., John, S.M. (Hrsg.), *Berufsdermatologie. München Deisenhofen: Dustri Verlag Dr. Karl Feistle*, 517–546
- [12] John, S.M., Blome, O., Rogosky, E., Axt-Hammermeister, A., Hagemann, K.H., Kuss, O., Skudlik, C., Dickel, H. (2006) Optimiertes Hautarztverfahren: Ergebnisse einer Pilotstudie im Norddeutschen Raum. *Dermatol Beruf Umwelt/Occup Environ Dermatol*. 54: 90–100
- [13] John, S.M., Skudlik, C. (2006) Neue Versorgungsformen in der Dermatologie. Vernetzte stationär-ambulante Prävention von schweren Berufsdermatosen: Eckpunkte für eine funktionierende integrierte Versorgung in Klinik und Praxis. *Gesundheitswesen*. 68: 769–774
- [14] John, S.M., Skudlik, C., Römer, W., Blome, O., Brandenburg, S., Diepgen, T.L., Harwerth, A., Köllner, A., Pohrt, U., Rogosky, E., Schindera, I., Stary, A., Worm, M. (2007). Empfehlung: Hautarztverfahren. *J. Dtsch Dermatol Ges*; 5, 1146–1148
- [15] Nienhaus, A., Rojahn, K., Skudlik, C., Wulhorst, B., Dulon, M., Brandenburg, S. (2004) Sekundäre Individualprävention bei FriseurInnen mit arbeitsbedingten Hauterkrankungen. *Gesundheitswesen*. 66: 759–764
- [16] Schwanitz, H.J., Riehl, U., Schlesinger, T., Bock, M., Skudlik, C., Wulhorst, B. (2003) Skin care management: educational aspects. *Int Arch Occup Environ Health*. 76: 374–381
- [17] Skudlik, C., Breuer, K., Junge, M., Allmers, H., Brandenburg, S., John, S.M. (2008) [Optimal care of patients with occupational hand dermatitis: Considerations of German occupational health insurance.] *Hautarzt*; 59: 690–5
- [18] Skudlik, C., John, S.M. (2007) Stufenverfahren Haut – praktische Umsetzung aus dermatologischer Sicht. *Trauma Berufskrankh*; 9, 296–300
- [19] Skudlik, C., Schwanitz, H.J. (2003) Berufsbedingte Handkreme – Ätiologie und Prävention. *Allergo J*, 12, 513–520
- [20] Skudlik, C., Schwanitz, H.J. (2002) Berufskrankheiten der Haut. *Trauma Berufskrankh* 4: 151–162
- [21] Skudlik, C., Weisshaar, E., Scheidt, R., Wulhorst, B., Diepgen, T.L., Elsner, P., Schönfeld, M., John, S.M. (2008) Multicenter study „Medical-Occupational Rehabilitation Procedure Skin – optimizing and quality assurance of inpatient-management (ROQ)“ *J Dtsch Dermatol Ges* ; Epub 2008 Aug 26
- [22] Skudlik, C., Wulhorst, B., Gediga, G., Bock, M., Allmers, H., John, S.M. (2008) Tertiary individual prevention of occupational skin diseases: a decade's experience with recalcitrant occupational dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health*; 81(8): 1059–64
- [23] Weisshaar, E., Radulescu, M., Bock, M., Albrecht, U., Zimmermann, E., Diepgen, T.L. (2005) Hautschutzseminare zur sekundären Individualprävention bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen: erste Ergebnisse nach über 2-jähriger Durchführung. *J. Dtsch Dermatol Ges* 3: 33–38
- [24] Wulhorst, B., Bock, M., Skudlik, C., John, S.M. (2006) Worker education and teaching programs: the german experience. In: Frosch, P.J., Menné, T., Lepoittevin, J.P. (Hrsg.), *Textbook of Contact Dermatitis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer*, 855–861

Stufenverfahren Haut – eine Erfolgsstory?

In der Vergangenheit führten berufsbedingte Hauterkrankungen häufig zur Tätigkeitsaufgabe – insbesondere wenn nicht rechtzeitig ausreichende Präventionsmaßnahmen ergriffen wurden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Fälle aus den Jahren 2004/2005 untersucht, in denen die Tätigkeit wegen einer beruflich bedingten Hauterkrankung aufgegeben wurde. Dabei stellte sich heraus, dass die Aufgabe der Tätigkeit häufig recht schnell nach dem ersten Hautarztbericht erfolgte. Bei der Hälfte der berücksichtigten Zahnarzt-helferinnen, Friseurinnen und Friseure,

Kranken- und Altenpflegekräfte erfolgte die Berufsaufgabe bereits 7,5 bis 14 Monate nach Beginn des Hautarztverfahrens. Bei beruflich bedingten Hauterkrankungen ist also schnelles und effizientes Handeln nötig. Dazu dient das im Dezember 2005 eingeführte Stufenverfahren Haut der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. (Siehe Bericht Seite 19) Das Stufenverfahren Haut beginnt, wenn ein Hautarzt oder Betriebsarzt mit einem Hautarztbericht (Formtext F 6050) an den zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger ein Hautarztverfahren einleitet. Wenn der Betroffene

Dr. Ute Pohrt,
Leiterin des Fachbereichs Berufsdermatologie
und Interventionsstrategien der Berufs-
genossenschaft für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)

Sandra Bieler,
Redakteurin bei der Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
(BGW)

eine hautgefährdende Tätigkeit ausübt und entsprechende Hautprobleme hat, ergreift der Unfallversicherungsträger so schnell wie möglich erste Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheitenverordnung. Dazu werden zunächst relativ einfache und kostengünstige Maßnah-



men gewählt, die ohne aufwendige Prüfung – und damit recht kurzfristig – erfolgen können. Bei Bedarf kommen dann stufenartig intensivere und teurere Maßnahmen hinzu, deren Einsatz genauer zu prüfen ist. Die wichtigsten Bausteine des Stufenverfahrens Haut, die je nach Fallkonstellation ausgewählt und kombiniert werden können, sind:

- die ambulante dermatologische Heilbehandlung,
- die Einschaltung des Betriebsarztes,
- Hautschutzseminare sowie
- technisch-organisatorische Maßnahmen und optimierte Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz.

Ambulante dermatologische Heilbehandlung

Bei einem behandlungsbedürftigen Hautbefund wird der gesetzliche Unfallversicherungsträger im Stufenverfahren Haut einen Auftrag für eine dermatologische Heilbehandlung erteilen – in der Regel zunächst für sechs Monate. Der Versicherte muss sich alle vier Wochen beim Hautarzt vorstellen, der Hautarzt sendet alle zwei Monate einen Bericht an den Unfallversicherungsträger. Diese von der gesetzlichen Unfallversicherung getragene Heilbehandlung ermöglicht gegenüber einer Kassenbehandlung erweiterte Therapiemöglichkeiten, zudem fallen für den Versicherten die Zuzahlungen für Medikamente weg.

Die BGW erteilt den Auftrag für eine hautärztliche Behandlung im Stufenverfahren Haut in gegebenen Fällen innerhalb von zwei Wochen. Voraussetzungen sind ein behandlungsbedürftiger Hautbefund, eine nach dem Berufsbild hautbelastende Tätigkeit und Anhaltspunkte für eine berufliche Verursachung der Hauterkrankung wie etwa eine entsprechende Lokalisation oder ein entsprechender zeitlicher Verlauf.

Einschaltung des Betriebsarztes

Eine bedeutende Option des Stufenverfahrens Haut ist die Möglichkeit des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers, bei erstmals auftretenden und leichten

Hauterscheinungen den Betriebsarzt einzuschalten. Er kennt die konkreten Verhältnisse am Arbeitsplatz oft am besten und kann dort auf geeignet erscheinende Präventionsmaßnahmen hinwirken. Der Betriebsarzt arbeitet in diesen Fällen mit dem Unfallversicherungsträger und mit dem Hautarzt zusammen und kümmert sich zum Beispiel auch um die Kontrolle der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Die BGW hat die Erfahrung gemacht, dass der Betriebsarzt in Kleinbetrieben aufgrund der recht geringen Einsatzzeiten dort den Beschäftigten häufig nicht bekannt ist und daher oft nicht als Vertrauensperson und möglicher Helfer wahrgenommen wird. In diesem Bereich bestehen noch deutliche Entwicklungspotenziale.

Hautschutzseminare

Einen weiteren Baustein des Stufenverfahrens Haut stellen ein- bis zweitägige Hautschutzseminare dar. Dort trainieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berufsspezifisch den optimalen Hautschutz am Arbeitsplatz. Außerdem werden sie dort berufsdermatologisch beraten. Entsprechende Seminare werden branchenbezogen von verschiedenen Unfallversicherungsträgern angeboten. Einzelne Berufsgenossenschaften haben ihr Seminarangebot für Versicherte anderer Unfallversicherungsträger geöffnet und richten auch branchenfremde Seminare für andere Unfallversicherungsträger aus.

Die BGW veranstaltet zweitägige Intensivseminare zur Sekundären Individualprävention (SIP) für hautoerkrankte Versicherte aus den Bereichen Friseurhandwerk, Pflegeberufe, medizinische Assistenz, Hauswirtschaft, Küche und Physiotherapie. Ferner bietet sie entsprechende Seminare für den Einzelhandel und für Metallberufe an – als Dienstleistungen für die Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) und für die Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften (VMBG). Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Hautschutzseminare

der BGW werden ärztlich untersucht und zu ihrer individuellen Situation beraten. Sie erlangen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu Ekzementstehung, Hautschutz, Handschuhen, Händehygiene, Juckreizmanagement und anderen Detailthemen. Ferner erhalten sie einen persönlichen Hautschutzplan und entsprechende Produkte. Ergänzend hat die BGW in ihren regionalen Schulungs- und Beratungszentren (schu.ber.z) Hautsprechstunden eingerichtet – beispielsweise für BGW-Versicherte, die nicht an einem Hautschutzseminar teilnehmen können oder bei denen bisherige Maßnahmen keinen ausreichenden Erfolg zeigen.

Technisch-organisatorische Maßnahmen und optimierte Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz

Bei möglichen Defiziten hinsichtlich der technischen, organisatorischen und persönlichen Schutzmaßnahmen gemäß der TRGS 401 und der TRGS 540 kann der gesetzliche Unfallversicherungsträger im Rahmen des Stufenverfahrens Haut den Präventionsdienst oder den Arbeitsmedizinischen Dienst beauftragen, den Hautschutz und/oder die persönliche Schutzausrüstung des Versicherten zu optimieren. Die BGW bietet entsprechende Unterstützung im Betrieb meist im Rahmen des SIP-Seminars an. Je nach Fall beraten Mitarbeiter der Berufshilfe oder des Präventionsdienstes den Betrieb über den Hautschutz, insbesondere über Handschuhe und Hautschutzprodukte. Wie bei den anderen Maßnahmen ist auch hier das Einverständnis des Betroffenen wichtig.

Erwartungen, erste Erfahrungen, Evaluation

Das Stufenverfahren Haut bietet den zuständigen Sachbearbeitern bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eine klare Entscheidungsgrundlage, den Unfallversicherungsträgern die Möglichkeit einer sinnvollen Verfahrenssteuerung und eines Prozesscontrollings sowie des Benchmarkings

untereinander. Erwartet wird, dass dadurch zukünftig bei noch mehr Beschäftigten mit berufsbedingten Hauterkrankungen als bisher die Berufsaufgabe verhindert werden kann. Wichtig für den Erfolg ist ein zeitlicher und aussagekräftiger Hautarztbericht sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten und dem Unfallversicherungsträger.

Das Stufenverfahren Haut und das Hautarztverfahren werden derzeit parallel mit einem 1-Jahres-Follow-up evaluiert. In der von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Auftrag gegebenen und an der Universität Osnabrück durchgeführten Studie „EVA_Haut“ werden der Erkrankungsverlauf, der Berufsverbleib, die Arbeitsplatzzufriedenheit und die Kosten betrachtet. Diese Untersuchung wird Anfang 2010 eine endgültige und wissenschaftlich begründete Antwort auf die Frage: „Stufenverfahren Haut – eine Erfolgsstory?“ geben können. □

DRG-Katalog 2009

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben sich auf die Bausteine des Fallpauschalensystems 2009 geeinigt. Kernelement der Fallpauschalenvereinbarung 2009 ist der Fallpauschalen-Katalog (DRG – Diagnosis Related Groups), der im kommenden Jahr 1.192 abrechenbare Fallpauschalen enthält. Damit verfügt der im Vergleich zum Vorjahr überarbeitete und verbesserte Katalog über 55 zusätzliche Fallpauschalen. Die Ergänzungen betrafen den Bereich der Intensivmedizin, der Querschnittslähmung und die Schlaganfall-Behandlung. Dies gilt auch für die Festlegung von Zusatzentgelten, das heißt für Leistungen, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Für 2009 wurden 127 Zusatzentgelte vereinbart, 12 mehr als im Jahr 2008. □

Westfalenland, Westfalenland ist außer...

Die DRV-Westfalen gibt bei der Kooperation mit den Betriebsärzten ordentlich Gas und macht sie zu vollwertigen Verfahrensbeteiligten bei der Identifikation, Anbahnung und Ausgestaltung von Reha-Leistungen. Mit einer Auftaktveranstaltung am 17. 12. in Münster lud sie alle Betriebsärzte zum Mitmachen ein – Das Web-Reha-Angebot steht

Das Wissen von Betriebs- und Werk-ärztInnen um die Anforderungen des Arbeitsplatzes, ihre Möglichkeit, Reha-Bedarf recht frühzeitig zu identifizieren sowie ihre Funktion als betrieblicher Koordinator zur Bahnung einer erfolgversprechenden Wiedereingliederung konnten in der Vergangenheit nur unzureichend oder unvollständig entfaltet werden.

Dass hier Potentiale brach lagen, gelangte auch in das Gesichtsfeld des Gesetzgebers, der aufgrund der Herausforderungen durch den demographischen Wandel und verlängerter Regelarbeitszeiten eine Neuausrichtung des SGB IX bezweckte mit dem Ziel einer Integration der Versorgungssysteme. Neben verbindlichen Vorgaben zur Klärung der Zuständigkeiten fand damit auch eine deutliche Aufwertung der betriebsärztlichen Kompetenz statt.

Die „Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“, verlangt folgerichtig „eine Träger und Leistungsträger übergreifende „Kultur“ der frühzeitigen Rehabilitation“ mit einer „problemlos zugänglichen Informations- und Kommunikationsplattform, die Wege und Ansprechpartner aufzeigt und sicherstellt, dass alle Beteiligten Rückmeldung über den weiteren Verlauf des Verfahrens erhalten.“

Der Gesetzgeber verzichtet auf einen verbindlichen Handlungsalgorithmus, einen festen Fahrplan. Er setzt anstelle



Dr. med. Rolf
Hess-Gräfenberg
Facharzt für
Arbeitsmedizin,
E-Mail:
hess-graefenberg@
t-online.de

einer subsummierbaren Systematik auf die Eigenverantwortung und –initiative der beteiligten Akteure.

Der Nachweis, dass aus der „Gemeinsamen Empfehlung“ tatsächlich eine lebendige Praxis erwachsen und eine intensivierte Kooperation und Kommunikation zwischen Reha-Trägern, Reha-Einrichtungen sowie Reha-, Sozial und Arbeitsmedizinern gelingen kann, wurde bereits bei Projekten mit der DRV-Baden-Württemberg sowie der DRV-Rheinland erbracht, die sich beide einer wachsenden Zahl an betriebsärztlichen Anwendern erfreut.

Beide gelten als beispielhaft, da sie transparente und einfache, praxisnahe Arbeitshilfen bereitgestellt haben und jedem für dieses Thema begeisterungsfähigen Betriebsarzt die Chance eröffnen, als vollwertiger Verfahrensbeteiligter aufzutreten.

Jetzt hat auch die DRV-Westfalen einen „Leuchtturm“ aufgestellt:

In Westfalen gelte häufig der Grundsatz „Ex westfalia lux“, so Direktor *Werner Eppert*, Mitglied der dreiköpfigen Geschäftsführung der DRV-Westfalen und deshalb sei es keine Selbstverständlichkeit, dass der für seinen Eigensinn bekannte Westfale auf „Hausmannskost“ verzichte.

Bei Web-Reha habe man aber dem Nachbarn aus dem Rheinland über die Schulter geschaut. Das Konzept habe die DRV-Westfalen überzeugt, und das Rad müsse nun mal nicht zweimal erfunden werden.

WeB-Reha-Verfahren Eine Kurzübersicht

Die Beschäftigten bleiben länger und mit höherem Lebensalter im Job; das Durchschnittsalter sei mittlerweile von 36,0 Jahren in 1980 auf 43,5 Jahre gestiegen bei weiterhin steigender Tendenz. Die „Instandsetzung“ für den Job habe oberste Priorität, Web-Reha verspreche hier eine sehr gezielte auf die Bedürfnisse und Erfordernisse des Arbeitsplatzes abgestimmte Maßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit.

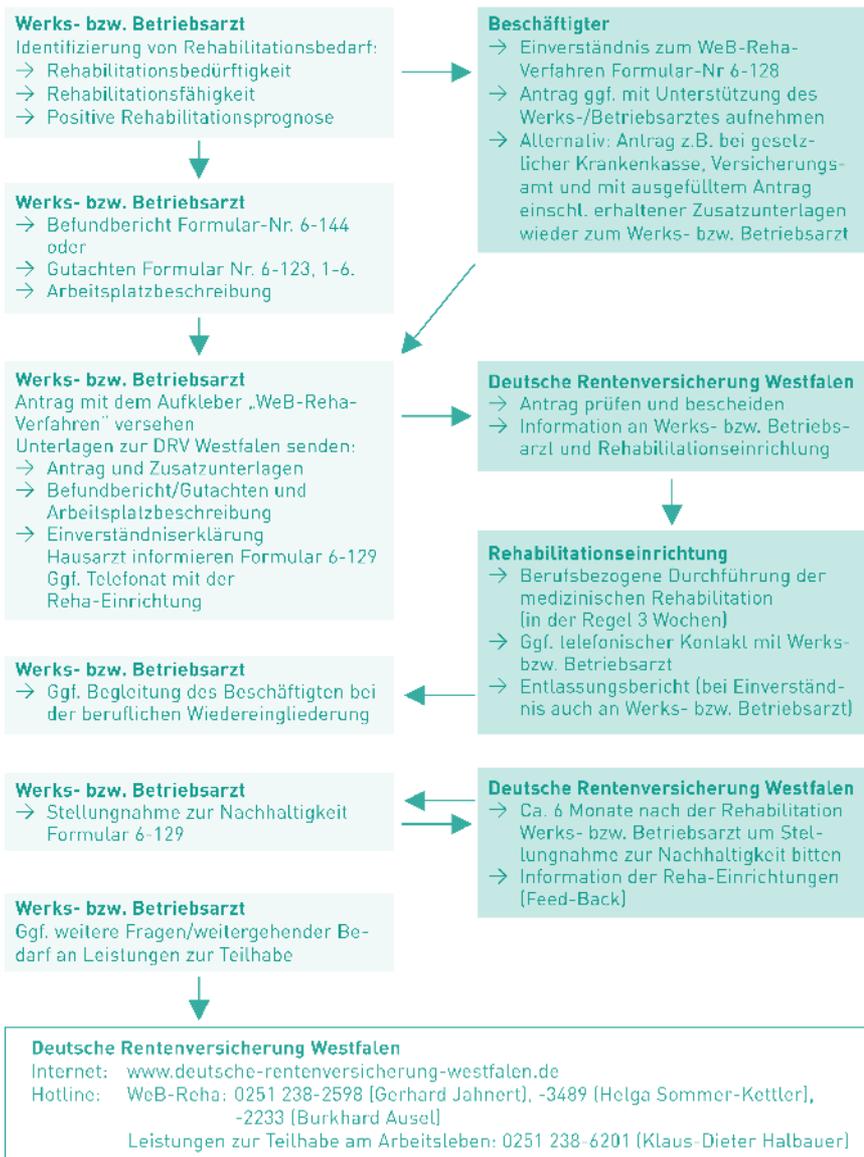
Es komme darauf an, den Ball, den die Politik mit der Neugestaltung des Sozialgesetzbuches in das Spielfeld der Leistungsträger geworfen habe, aufzunehmen und weiter zu tragen, ergänzte *Dr. med. Theodor Windhorst*, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der zusammen mit Werner Eppert die Auftaktveranstaltung eröffnete und durch seine Anwesenheit ebenfalls die Bedeutung unterstrich, die die Kooperationspartner Ärztekammer und Rentenversicherung, der Kooperation von Reha-Einrichtungen und Werks- und Betriebsärzten beimesen.

Für die deutsche Rentenversicherung gelte „Reha hat Vorrang vor Rente wegen Erwerbsminderung“ stellte Frau *Dr. med. Erika Gebauer*, leitende Ärztin der DRV-Westfalen, klar, die maßgeblich an den Vorarbeiten und konzeptionellen Gestaltung von Web-Reha beteiligt war und die Veranstaltung moderierte.

Es gehe darum Wissen und Kompetenzen der am Reha-Prozess Beteiligten Akteure zusammenzuführen zum Nutzen des Versicherten, des Betriebes und natürlich auch der Solidargemeinschaft.

Zu den „Vorarbeiten“ gehörte auch eine unter ihrer Leitung vom Institut für Rehabilitationsforschung Norderney durchgeführte Studie zum Informationsstand und zur Wertschätzung von Rehabilitation sowie zu Erwartungen und Wünschen, die die betrieblichen Akteure bei einer Kooperation mit der Rentenversicherung hegen.

Die mit KoRB abgekürzte Studie (Kooperation Reha und Betrieb²) befragte Arbeitgeber, Personalverantwortliche, Betriebsräte und Betriebsärzte sowie Arbeitnehmer mit und ohne Reha-Erfahrung.



Vor der Rehabilitation

Rehabilitationsleistung

Nach der Rehabilitationsleistung

„Rehabilitation genießt quer durch alle befragten Gruppen eine hohe Wertschätzung und Akzeptanz“, stellte *Dipl.-Soz. Jochen Heuer* fest, der damit einen kleinen Einblick gab in die umfangreich und ambitioniert angelegte Studie, deren Lektüre allen an der Thematik Interessierten nur wärmstens weiter empfohlen werden kann. Der Abschlussbericht kann unter heuer.ifr.@t-online.de angefordert werden.

Die hohe Wertschätzung von Reha oder auch – ebenso ein Ergebnis der Studie – die den Betriebsärzten attribuierte Problemlösungskompetenz kontrastiert

zum Teil erheblich mit Unzulänglichkeiten an der Schnittstelle von Reha-Klinik und Betriebsarzt.

Nur 27 Prozent der befragten Betriebsärzte beurteilen die Aussagekraft der sozialmedizinischen Beurteilung als hilfreich oder sehr hilfreich, die Wartezeit für den Entlassungsbericht erhielt auch keine bessere Note.

Die Betriebsärzte bewegen sich bei einer Reihe von Kernthemen ebenso in einem „schattigen“ Milieu:

Der Namen des Betriebsarztes, ein Voraussetzung, um ihn als kompetenten Ansprechpartner zu identifizieren, ist

Web-Reha Arbeitsplatzbezogene Reha in Zusammenarbeit mit Betriebs- und Werksärzten

Welche Möglichkeiten eröffnet Web-Reha für mich als Betriebsarzt?	Sie können als Betriebsarzt nunmehr einen Reha-Antrag gemeinsam mit dem Mitarbeiter unmittelbar in die Wege leiten. Mit ihrer fachlichen Unterstützung (Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung) steuern Sie die ausschlaggebenden Informationen für die Antragsbeurteilung beim Leistungsträger Rentenversicherung bei. Sie haben im Falle der Bewilligung die Möglichkeit, die Inhalte und Ziele der Reha mitzugestalten mit einem nahem Bezug zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes. M.a.W. Sie werden zu einem vollwertigen Verfahrensbevollmächtigten bei der Anbahnung und Ausgestaltung von Reha-Leistungen
Ich möchte als Betriebsarzt am Web-Reha-Verfahren teilnehmen. Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen?	Sie sind Facharzt für Arbeitsmedizin oder verfügen über die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und Sie betreuen Beschäftigte, die bei der DRV-Westfalen versichert sind
Muss ich mich irgendwo anmelden?	Nein
Wie gelange ich an die Antrags-Formulare?	www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de >Formulare und Publikationen > Formulare > Rehabilitation> Antragspaket „Web-Reha“
Welche Voraussetzungen müssen die Beschäftigten mitbringen?	Die Beschäftigten sind bei der DRV-Westfalen versichert und erfüllen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen n. § 11 Abs. 1 (Versicherungszeit 15 Jahre) bzw. § 11 Abs. 2 SGB VI (6 Pflichtbeiträge in den letzten 2 Jahren / 6 von 24 Regelung Bei Zweifeln hilft hier die Hotline weiter (s. u.)
Wird die Antragstellung honoriert?	Die Beratung und Unterstützung von Beschäftigten beim Erhalt bzw. der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit gehört zu den Kernaufgaben des Betriebsarztes und sind mit dem Betreuungsvertrag abgegolten. Hierzu gehört auch die Kenntnis des Arbeitsplatzes. Der Betriebsarzt erhält deshalb nur für einen Teil seines Aufwandes, namentlich für die Erstellung des Antrages ein Honorar von € 25,20 überwiesen.
Wen kann ich bei offenen Fragen ansprechen?	Die DRV-Westfalen hat eine Hot-Line eingerichtet. Web-Reha: 02 51-2 38-25 98 Herr Jahnert 02 51-2 38-34 89 Frau Sommer-Kettler 02 51-2 38-22 33 Herr Ausel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 02 51-2 38-62 01 Herr Halbauer
Welcher Betrieb ist hierfür geeignet?	Anwendbar und geeignet ist Web-Reha für jede Betriebsgröße und jedes Gewerbe. Insbesondere Klein- und Mittelbetriebe werden davon profitieren.
Tritt man nicht in Konkurrenz mit den Hausärzten; wie soll man mit den behandelnden Ärzten kommunizieren?	Nach den Erfahrungen, die mit Web-Reha im Rheinland gemacht wurden, wird die Antragsstellung durch den Betriebsarzt als Entlastung der eigenen Arbeit wahrgenommen. Zu dem Antragspaket „Web-Reha“ gehört auch ein Informationsschreiben an den Hausarzt, das ihn über die Antragstellung unterrichtet.
Kann ich die Antragsformulare auch verwenden für Beschäftigte, die bei einem anderen Rentenversicherungsträger versichert sind?	Grundsätzlich ja, sofern bisher in seinem Zuständigkeitsbereich keine Verfahren und Instrumente zwischen den Beteiligten abgestimmt wurden.

erst ab einer Betriebsgröße von über 250 Beschäftigten der Mehrheit der Belegschaft geläufig, je kleiner der Betrieb umso eher ist das „Betriebsarzt -Non scio“ vorherrschend. Dass sich nur ca. 25 % der Betriebsärzte kurzfristig in der

Lage sahen bei Klein- und Mittelbetrieben ein detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung für die Reha-Kollegen zur Verfügung zu stellen lassen erahnen – positiv ausgedrückt – welche Entwicklungschancen noch ungenutzt sind.

Dr. med. Jürgen Philipp, Leitender Arzt der Reha-Klinik Salzuflen und Dr. med. Peter Czeschinski leitender Arzt des arbeits- und sicherheitstechnischen Dienstes der Universität Münster bestätigten die in der Korb-Studie darge-

stellte Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Nur ca. 7 % aller Reha-Entlassungsberichte erreichen den Betriebsarzt³, nur ca. 20 % aller Reha-Rehabilitanten hat nach der Reha Kontakt mit dem Betriebsarzt davon ca. 90 % auf eigene und nur 10 % auf Veranlassung des Betriebsarztes⁴, führte Czeschinski aus, der die Datenlage aus zwei recht frisch erschienenen Forschungsarbeiten aus dem Lübecker bzw. Ulmer Lehrstuhl für Arbeitsmedizin zitierte.

Ein Verlust an therapeutischen Effekten, eine Förderung der Chronifizierung von Erkrankungen, Motivationsverlust beim Patienten sowie eine erschwerte Wiedereingliederung wären die Folgen ungenutzter Potentiale, die in einem atmungsaktiven Austausch zwischen Rehaklinik und Betriebsärzten steckten..

Mit Web-Reha bestünde die Chance aus der Schnittstelle zur Reha eine Nahtstelle zu machen: für den Patienten mit einem Zugewinn durch Sicherung des Arbeitsplatzes und eine individuelle und kompetente Beratung durch den Betriebsarzt, für den Betrieb durch den Erhalt der Leistungsfähigkeit, Qualifikation und Kompetenz des Mitarbeiters.

Eine Rehabilitation mit einem hohen Arbeitsplatzbezug und kurzen Wegen beim Informationsaustausch habe sowohl eine Abnahme der AU-Tage (um ca. 1/4) sowie der AU-Fälle (um ca. 1/3) bewirkt, bestätigte *Ulrich Theißen* von der DRV-Rheinland, das habe die Zusammenarbeit zwischen den Ford-Werken und der Lahntalklinik in Bad Ems gezeigt. Auch wenn man Ergebnisse aus Großbetrieben nicht einfach auf andere betriebliche Settings umkappen könne, bediene Web-Reha unabhängig von der Betriebsgröße analoge Kommunikationsprozesse.

Die Teilhabe am Arbeitsleben lasse sich durch eine intensiviertere berufsbezogene Reha tatsächlich verbessern, bestätigte auch *Dr. med. Michael Körner* von der Abteilung Sozialmedizin der DRV-Westfalen. Nach 12 Monaten waren bei den Versicherten, die in den Genuß einer arbeitsplatzbezogenen kardiologi-

schen Reha gelangt waren, noch 79 % in ihrem vorhandenen Beschäftigungsverhältnis berufstätig gegenüber 62,9 % in der Kontrollgruppe⁵.

Bei der Rehabilitation zeichneten sich mittlerweile drei Hauptlinien ab:

- die klassische, mediko-physikalische Therapie, theoretisch wenig spannend aber einfach nicht wegzudenken aus dem Rehabilitationsalltag,
- die eher verhaltensmedizinisch orientierte, somato-psychische Reha mit erhöhtem psychologischen Begleitbedarf, beispielsweise aufgrund reaktiver Störungen, psychischer Komorbidität oder einer Krankheitsverarbeitungs-problematik
- sowie schließlich die Medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR) mit Fokussierung auf berufliche Anforderungen und ihrer Bewältigung, die seit der Jahrtausendwende vermehrt Beachtung findet mit noch erheblichem Entwicklungspotential.

Insgesamt ist eine weitere Ausdifferenzierung der Reha-Inhalte zu erwarten, hin zu modularen Angeboten unter Würdigung spezieller Problemkonstellationen, skizzierte *Michael Körner* die Entwicklungstendenzen, bei der das Work-Hardening, der Erhalt des Arbeitsplatzes, sicher ein wachsende Bedeutung erlange, insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels.

Das Durchschnittsalter im Unternehmen steige von aktuell 43 auf 53 Jahre im Jahre 2030, bekräftigte auch *Heinz-Josef Bruns* vom Grundsatzreferat bei der Abteilung für Rehabilitation der DRV-Westfalen. Schon jetzt beobachte man einen stetigen Anstieg sowohl bei der Antragsstellung als auch der Leistungsgewährung, wobei insbesondere im Alterssegment zwischen dem 45. und 59. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen sei.

Web-Reha könne einen wichtigen Beitrag leisten, Antworten auf die zukünftigen Herausforderungen zu finden.

Herr Bruns gab auch den sechs eigenen Reha-kliniken Gelegenheit zu einer kurzen Vorstellung. Aufgrund der zeitlichen Grenzen konnte man hier nur

einen Vorgeschmack einfangen, der neugierig macht auf mehr. Es wird sicherlich eine der Nachfolgeveranstaltungen vorbehalten sein, dies ausführlicher zu tun.

Für alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Prüfung der Zuständigkeit, der Antragstellung und Gewährung sowie weiteren Leistungen zur Teilhabe stehen, habe man eine Hotline eingerichtet, so *Bruns*.

Alle Betriebs- und Werksärzte sind eingeladen mitzumachen.

Es ist zu wünschen, dass viele Kolleginnen und Kollegen die Chance erkennen, die Web-Reha bietet, sich begeistern lassen zum Nutzen des Beschäftigten, des betreuten Betriebes, der Solidargemeinschaft ...

Was sagte Kammerpräsident *Windhorst* einleitend: den Ball aufnehmen und weitertragen...

So ist es! Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

[1] *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 u. 9 SGB IX v. 22.03.2004*

[2] *Institut für Rehabilitationsforschung Norderney Abteilung Sozialmedizin Münster Kooperation Rehabilitation und Betrieb – Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Betrieben Abschlussbericht Oktober 2007*

[3] *Anja Lüdemann: Kommunikation und Kommunikationsstrukturen zwischen Betriebsarzt und Rehabilitationsklinik Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades am Institut für Arbeitsmedizin der Universität zu Lübeck – Lübeck 2007*

[4] *Hans-Jürgen Tavs: Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Ulm – Ulm 2005*

[5] *Kittel, J., Karoff, M.: Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollstudie Rehabilitation 2008 47: 14-22*

Präventionsbericht 2008 der gesetzlichen Krankenkassen

Dr. Harald Strippel, M.Sc.

Mandy Handschuch, Dipl.-Päd.

Die gesetzliche Krankenversicherung erzielte 2007 eine Rekordbeteiligung an der Gesundheitsförderung: Rund 6,6 Millionen Menschen nahmen an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung der GKV teil, das sind etwa 860.000 mehr als im Vorjahr. Dafür gaben die Krankenkassen knapp 300 Millionen Euro aus, davon 32,2 Millionen Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung. Das geht aus dem Präventionsbericht 2008 hervor, den der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht hat. Bei der jährlichen Dokumentation der GKV-Leistungen auf primärpräventivem Gebiet handelt es sich um eine nicht gesetzlich fixierte Selbstverpflichtung der Krankenversicherung. Damit möchten die Krankenkassen Transparenz darüber schaffen, wofür sie die Mittel einsetzen. Das Besondere am Präventionsbericht ist, dass bundesweite Zahlen über alle Kassenarten hinweg zusammengeführt und dokumentiert sind.

Betriebliche Gesundheitsförderung stark ausgebaut

Deutlich ausgebaut haben die Krankenkassen ihre Beteiligung an der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Im Jahr 2007 wurden 3.014 Projekte in Betrieben dokumentiert, das sind 24 Prozent mehr als im Vorjahr. Rund 630.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nahmen an diesen Maßnahmen teil. Die weitaus meisten Projekte – 40 Prozent – wurden in Betrieben des verar-

beitenden Gewerbes durchgeführt. Vergleichsweise selten waren Betriebe aus den Wirtschaftszweigen Dienstleistung und Handel beteiligt. Krankenkassengeförderte BGF fand zumeist an Betrieben mit 100 und mehr Mitarbeitern statt. Diese Betriebe machten 59 Prozent der Projekte aus. Waren Großbetriebe beteiligt, stammten sie häufig aus dem verarbeitenden Gewerbe und der öffentlichen Verwaltung. Hingegen stammten die beteiligten Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern, in denen Gesundheitsförderung betrieben wurde, oft aus dem Baugewerbe und dem Handel.

Inhaltlich ging es überwiegend darum, körperliche Belastungen zu vermeiden oder zu reduzieren. 77 % der Interventionen waren auf die Reduktion körperlicher Belastungen ausgerichtet. Das war besonders bei Betrieben aus dem Baugewerbe, dem Handel und dem verarbeitenden Gewerbe der Fall. Nächsthäufige Inhalte waren die psychosozialen Themen wie Stressmanagement und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung. 54 % der Maßnahmen waren gleichzeitig verhältnis- und verhaltensbezogen. Die verhältnisbezogenen Maßnahmen sind wichtig, um ein Umfeld im Betrieb zu schaffen, das positive Rahmenbedingungen für die Gesundheit schafft und nachhaltige Verhaltensänderungen anregt und unterstützt. Die Umgestaltung der Verhältnisse betraf vor allem die Umgebungsbedingungen, den Arbeits- und Unfallschutz sowie die Arbeits- und Betriebsorganisation. Zur Bedarfsanalyse wurden in vier Fünftel der Fälle sowohl objektive Daten – z. B. Routedaten der Kran-



Kontakt

Dr. Harald Strippel, M.Sc.
Mandy Handschuch, Dipl.-Päd.
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e. V. (MDS)
Bereich Sozialmedizin –
Versorgungsberatung
Lützowstraße 53
45141 Essen
<http://www.mds-ev.org>

kenkassen – herangezogen, als auch subjektive Erhebungen – wie Mitarbeiterbefragungen – durchgeführt.

Ein weiterer Indikator für die hohe Qualität der Maßnahmen ist, dass in zwei Drittel aller Fälle Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren. An diesen Steuerungskreisen war vielfach auch der Betriebsärztliche Dienst beteiligt.

Im Berichtsjahr 2007 wurden insgesamt 2.261 Gesundheitszirkel durchgeführt. Das sind 301 Zirkel mehr als 2006. Gesundheitszirkel wurden häufig in Kleinstbetrieben mit bis zu neun Mitarbeitern und aus dem Baugewerbe durchgeführt.

Bei zwei Dritteln aller beteiligten Betriebe war der Männeranteil höher als 50 Prozent. Hohe Männeranteile waren im Baugewerbe und dem Handel – das war vorzugsweise KFZ-Handel und -Reparatur – zu verzeichnen. Männer, die häufig als „Präventionsmuffel“ gelten, lassen sich also ideal über die BGF erreichen.

Der Präventionsbericht 2008 liefert jedoch nicht nur Zahlen, sondern stellt als Praxisbeispiel das erfolgreiche betriebliche Gesundheitsmanagement der Freien Universität Berlin vor, an dem sich die Krankenkassen aktiv beteiligen.

Setting-Ansatz und individueller Ansatz

Verstärkt haben die Krankenkassen im

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. [...]

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. [...]

Jahr 2007 auch ihr Engagement für die Prävention im konkreten Lebensumfeld der Versicherten, in den sogenannten Settings – hierzu gehören Schulen, Kindergärten und Vereine. Insgesamt wurden 1.165 Projekte in 13.600 Einrichtungen, überwiegend Schulen und Kindertagesstätten, durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um acht Prozent.

Tabelle 1 Präventionsziele der gesetzlichen Krankenversicherung zur betrieblichen Gesundheitsförderung

	Oberziel Gesundheitsförderung Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen	Oberziel Prävention Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen
Teilziel 1	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung um 10 % innerhalb von zwei Jahren
Teilziel 2	Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden, um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung und Stressmanagement um 10 % innerhalb von zwei Jahren
Teilziel 3	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 10 % innerhalb von zwei Jahren

Schulen und Kindergärten eignen sich besonders für Präventionsmaßnahmen, denn dort werden Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten angesprochen. Rund vier Millionen vor allem junge Menschen nahmen 2007 an Maßnahmen teil, in denen es um Bewegung, Ernährung und Stressreduktion ging. In Grund-, Sonder- und Gesamtschulen standen häufig sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und Migrantenkinder als gesundheitlich besonders benachteiligte Gruppen im Zentrum der Präventionsaktivitäten. Auch bei den individuellen Angeboten – Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind – gab es 2007 im Vergleich zum Jahr 2006 einen Zuwachs: Die Zahl der Teilnehmer stieg von 1,4 auf 1,9 Millionen.

Erstmals bundesweite Präventionsziele gesetzt

Für die Jahre 2008 und 2009 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen freiwillig epidemiologisch fundierte bundesweite Präventionsziele gesetzt. Diese sollen Impulse für die Aktivitäten der

Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung geben.

Wie die Oberziele für die BGF lauten, welche Teilziele zugeordnet sind, und wie sie quantifiziert werden zeigt Tabelle 1.

Die Basisdaten zu den Teilzielen finden sich im aktuellen Präventionsbericht 2008. Sie stellen die Ausgangsbasis für die Messung der künftigen Zielerreichung dar. Beispielsweise gab es im Jahr 2007 5.512 Betriebe mit betrieblichen Steuerungskreisen. Die Zahl soll innerhalb von zwei Jahren um 10 Prozent gesteigert werden. Oder es wurden 16.125 ältere Arbeitnehmer – ab 50 Jahre – direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht; bis 2009 soll diese Schätzzahl um ebenfalls 10 Prozent gesteigert werden. Die zukünftigen Präventionsberichte werden aufzeigen, inwieweit sich diese BGF-Ziele und auch die Ziele zum Setting-Ansatz erreichen lassen.

Der Präventionsbericht 2008 kann auf der Internetseite der GKV unter <http://www.gkv.info/> oder des MDS unter <http://www.mds-ev.org/> abgerufen werden. □

Schneller schmerzfrei

Nach Umstellung einer Migräneakuttherapie auf MAXALT® Schmelztabletten (10 mg Rizatriptan, MSD) konnte die Arbeitsfähigkeit bei einem Großteil der behandelten Migränepatienten verbessert werden. Die Patienten waren zufriedener: In einer großen Beobachtungsstudie (n = 2.587) gaben 93,4 % der Rizatriptan-Neuanwender an, diese Therapie gegenüber ihrer früheren Migränebehandlung zu bevorzugen.

Migräne betrifft weltweit wie auch in Deutschland etwa 3–6 % der Männer und 12–14 % der Frauen. Triptane werden in der Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) als Substanzen mit der besten Wirksamkeit und als erste Wahl zur Therapie der akuten Migräneattacke empfohlen. Dennoch bekommt in Deutschland nur etwa jeder zehnte Migränepatient ein Triptan verschrieben.

Unter den oral applizierbaren Triptanen erwies sich Rizatriptan in klinischen Studien als besonders schnell und erfolgreich. In einer großen Praxisstudie unter der Leitung des Migräne-Experten Professor Dr. med. Dr. phil. Stefan Evers, dem Erstautor der DMKG-Leitlinie zur Migräne, wurde dieses Triptan nun in einer multizentrischen, offenen, prospektiven Beobachtungsstudie auf seine Praxistauglichkeit hin überprüft. Insgesamt 2.587 Patienten mit unterschiedlich ausgeprägter Migräne, deren bisherige Migränetherapie nur unzureichend wirksam war, wurden auf Rizatriptan 10 mg Schmelztabletten umgestellt und der Verlauf von bis zu drei konsekutiven Migräneattacken in standardisierten Erhebungsbögen dokumentiert.

Die Patienten litten im Mittel seit 14,6 Jahren an ihrer Migräne, mit durchschnittlich 2,8 Anfällen pro Monat. 47,3 % hatten zuvor bereits Triptane erhalten, 80,9 % Analgetika und 18,6 % sonstige Migränemittel. Die unzurei-

chende Wirkung der Vortherapie zeigte sich darin, dass fast alle Betroffenen ihre Arbeit wegen Migräneanfällen unterbrechen mussten, und bei über 80 % dauerte der Tätigkeitsausfall mehr als 2 Stunden.

„Aus dieser Beobachtungsstudie geht hervor, dass die in klinischen Studien gesehene schnelle und konsistente Wirkung und ebenso das gute Verträglichkeitsprofil von Rizatriptan in der alltäglichen Verordnungspraxis bestätigt werden,“ betont Prof. Evers in der Diskussion. Denn die Kopfschmerzsymptomatik wie auch die Arbeitsfähigkeit konnten durch die Umstellung auf die Therapie mit Rizatriptan-Schmelztabletten verbessert werden: Bei der ersten Attacke verspürten 78,3 % der Patienten die Wirkung von Rizatriptan innerhalb von 30 Minuten; bei der dritten Attacke hatte sich dieser Anteil bereits auf 84,2 % erhöht. Schmerzfreiheit wurde beim ersten Anfall nach durchschnittlich 75 Minuten und beim dritten Anfall nach im Mittel 63 Minuten erreicht. Nach zwei Stunden waren beim ersten Anfall 76,1 % und beim dritten Anfall 85,8 % der Patienten schmerzfrei.

Die gute Wirksamkeit führte auch zu deutlichen Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit: Nach der Umstellung auf Rizatriptan verzehnfachte sich der mittlere Anteil der Migränepatienten, die ihre Tätigkeit während des Anfalls ohne Unterbrechung fortsetzen konnten (37,0 % vs. 3,7 %). Nach Abschluss der Studie berichteten 89,9 % der Patienten, dass unter Rizatriptan weniger migränebedingte Arbeitsunterbrechungen als unter der vorherigen Akuttherapie erforderlich waren.

Diese Ergebnisse waren von einer hohen Patientenakzeptanz begleitet: So gaben bei Abschluss dieser Praxisstudie 93,4 % der Patienten an, die Akuttherapie mit MAXALT® 10 mg Schmelztabletten gegenüber ihrer früheren Therapie zu bevorzugen. □

Impressum

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

Medizinische Redaktion

Dr. med. A. Bahemann
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Prof. Dr. Dr. M. Kentner
Dr. med. J. Petersen
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert
Prof. Dr. med. A. Weber

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: juergen.dreher@online.de

[1] Evers S et al.: Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne. Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. *Nervenheilkunde* 2008; 27: 933–949

[2] Evers S.: Wirksamkeit und Verträglichkeit von Rizatriptan-Schmelztabletten in der Akuttherapie bei Migräne. *Nervenheilkunde* 2008; 27: 813–817

[3] Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an: Fulvia Kipper, MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar, Telefon: 0 89-45 61-19 17, Fax: 0 89-45 61-13 29, E-Mail: fulvia_kipper@msd.de