

Feuilleton

Verehrte Leserinnen und Leser von ASUpraxis,

es ist bekannt, dass es gerade unter Ärztinnen und Ärzten viele musische Talente gibt. Wir wollen deshalb in der Zukunft in einem kleinen „Feuilleton“ gelegentlich solche Talente vorstellen. An der Stelle tief schürfender Gedanken zur Arbeitsmedizin heute also Reflexionen von und über Barbara Nemitz.

J. Dreher, Chefredakteur

Am Ende jeder Reihe Reben Rosen

Barbara Nemitz Gedichtband ist nicht nur schöne Lyrik sondern auch ein Angebot zur Reflexion und Suche nach einer inneren Haltung – ein ebenso ungewöhnliches wie ungewohnt anregendes Vademecum aus der Feder einer Arbeitsmedizinerin

Lyrik stellt eine besondere Art der Verständigung dar, des Dialogs mit dem inneren und äußeren Kosmos, der Verständigung mit sich selbst und der Welt.

Sie kann sehr unterschiedliche Hungerzustände befriedigen nach Neugier, nach Sinn, nach Freude, nach Schönheit, nach Geborgenheit. Sie kann auch helfen, sich darauf vorzubereiten, den Fluß zu queren, wenn Krankheit einen zwingt, den Vertrag mit dem Leben neu zu gestalten.

In den letzten beiden Jahren sind mit Peter Rühmkorfs „Paradiesvogelschiss“ sowie Robert Gernhards „Später Spagat“ zwei Spätwerke erschienen, die sich in ihrer je eigenen Art mit dieser Form der Vertragsverhandlung beschäftigten.

Barbara Nemitz ist im Unterschied zu den o. g. keine Lyrikerin, sondern Arbeitsmedizinerin. Sie ist vielen Arbeitsmedizinern und Arbeitsmedizinerinnen in Praxis und Forschung als engagierte, kompetente und leidenschaftliche Weggefährtin ihres Faches vertraut, unzähligen Teilnehmern und vielen Dozenten als fürsorgliche, stets fördernde, ansprechbare und präsente Begleiterin des arbeitsmedizinischen Grundlagenkurses an der Akademie für Arbeitsmedizin der Ärztekammer Berlin bekannt, der sie von 1990 bis Ende 2008 als Leiterin vorstand.

Inhalt

Feuilleton

- Erstmals in ASUpraxis eine Reminiszenz an die musischen Talente der Mediziner:
Wir stellen Barbara Nemitz vor **1**

Praxis

- Dr. Brita Ambrosi stellt fest:
Nichts ist bekanntlich so langlebig wie ein Provisorium **3**
Die ambulante Reha findet Zuspruch:
Ein Beispiel liefert Nanz-Medico **4**

Gesundheitspolitik

- Beschlossene Sache:
Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge,
eine Verordnung die (fast) alles kann **5**
Eine Verordnung mit Chancen und Risiken,
meint Dr. Martina Bergann **8**
Der Gesundheitsfond hat Konstruktionsfehler,
meinen die Sachverständigen **10**

Fortbildung

- Lipidstoffwechselstörungen und Arteriosklerose,
ein Beitrag von Prof. Dr. med. Blessing **12**

Wirtschaft/Impressum

12



Viele andere, die ihren Weg bereits in der Zeit davor kreuzten, haben sie schätzen gelernt als Mitglied der Medizinredaktion des Argumentverlages, zunächst als Mitherausgeberin der „Argumente für eine soziale Medizin“, dann des „Jahrbuches für Kritische Medizin“ oder als Mitstreiterin in frauenpolitischen Fragestellungen, lange bevor diese nicht nur sprachlich in die anglistische Schublade von diversity, political correctness und gender gepackt wurden.

Barbara Nemitz Gedichte handeln von alltäglichen Genüssen, vom Essen, Hören, Schmecken, von sinnlichen Eindrücken, – vorwiegend – mediterranen Reiseerfahrungen aber auch Anekdotischem sowie schließlich unter dem Eindruck eigener Erkrankung und der Beschäftigung mit Robert Gernhards Spätwerk von Krankheit und was es heißt, dem wenig Erträglichen Worte zu verleihen. Sie experimentiert hier durchaus ebenso mit unterschiedlichen Versformen wie Themen, die – wie es in ihrem Untertitel heißt – „Genussliches und Verdrießliches“ behandeln.

Ihre Gedichte lassen einen Hunger nach Neugier und Verbindendem, Versöhnlichem spüren, Eigenschaften, die sie schon als Arbeitsmedizinerin für ihre Gesprächspartner „hochinfektiös“ gemacht hat. Neugier verkleidet in beiläufigen Fragen oder Beobachtungen, immer auf der Suche nach produktiv Verbindendem, die beim Adressaten langsam ihre Wirkung entfalten und einen Prozess der beruflichen Selbstreflexion und nicht selten auch eine Selbstverpflichtung beflügeln.

Neugier, als eine spezifische „humane“ Qualität, die – wie Camus notierte – uns als einziges Lebewesen befähigt, tendenziell den Gefühlen unseres Gegenübers nachzuspüren. Hiervon ist der liebevoll edierte Lyrikband gefüllt, beiläufig, unpräzise und unaufdringlich.

Barbara Nemitz enthält uns nicht vor, dass eine solche Suche ihren Preis hat. Bei der Suche nach Liebe und Versöhnlichem setzt man sich auch dem Risiko aus, auf Verwirrendes, Unversöhnliches ggf. auch Nichtlösbares zu stoßen:

Angst vor der Liebe Geschick
Die brach ihr fast das Genick
Drum merke:

Wer auf Nummer sicher geht
Nicht sicher auf den Füßen steht.

Barbara Nemitz ermutigt gerade durch ihre Unaufdringlichkeit und selbstbezogene Beobachtung eine innere Haltung zu entdecken, die den Dialog mit sich und dem „Anderen“ findet.

Sie lässt uns auch teilhaben an dem Wechselbad an Gefühlen bei der Konfrontation mit den „Spirenchen“, „Überraschungen“, die der krankheitsgeschundene Körper mit einem anstellt:

Ritsch ratsch aufgeschnitten
Dann 4 Wochen im Bett gelitten
Vom Liegen kommt der Sodbrand her
So setzt dich hin, ist das denn schwer?
Im Sitzen bricht das Kreuz mir ab
Als stieß es mich im flotten Trab.

Von Widersprüchen ganz zerrissen
Werf ich mich schreiend in die Kissen:
So einigt Euch auf eine Lage
Erspart mir doch die Haltungsploge.
Da grinst mein Körper frech mich an:
Aufsein und Gehen ist jetzt dran!

Ach
Dafür bist Du viel zu schwach?

Lyrik kann Leiden erträglich machen, aber letztlich nicht verhindern, dass wir irgendwann den Fluß überqueren müssen, sie kann aber dazu beitragen, eine – wie Brecht es in seinen Me-Ti-Passagen einfühlsam nannte – seichte Passage für den Uferwechsel zu finden. Barbara Nemitz ist hier eine sichere lyrische Pfadfinderin.

Wir saßen im Garten
es war sehr heiß
du wolltest kein Eis

Wir tranken Wasser
und folgten nur
der Erinnerung Spur

Mitten im Lachen
will ich erwähnen
fielen auch Tränen

Wir nannten es Nachruf
und hörten schon heut
das Totengeläut

Dann wieder heiter
mein Leben war rund
zu dieser Stund

Gute Lyrik ist im Hinblick auf seine Wirkung mit dem Goldschmiedehandwerk vergleichbar. Ein „Schmuckstück“ adelt nicht nur den Handwerker sondern hüllt auch all diejenigen in Glanz, die in Genuss dieser Prätiöse gelangt sind.

Barbara Nemitz Gedichtband ist nicht nur schöne Lyrik sondern auch ein Angebot zur Reflexion und Suche nach einer inneren Haltung – ein ebenso ungewöhnliches wie ungewohnt anregendes Vademecum aus der Feder einer Arbeitsmedizinerin.

Der Gedichtband ist in einem kleinen auf Lyrik spezialisierten italienischen Verlag erschienen und kann für einen Preis von 10,- Euro (incl. Versand) bestellt werden über Ursula Blankenburg, Zimmermannstraße 4, 12163 Berlin, Telefon: 0 30-79 70 44 00 oder E-Mail: ursula.blankenburg@t-online.de □

Rolf Hess-Gräfenberg

Kurz notiert

Marina Schröder wird neue alternerende Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung DGUV. Der Vorstand des Spitzenverbandes der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen wählte die 49-jährige Gewerkschafterin in Fulda zur Nachfolgerin von Klaus Hinne. Der 67-jährige schied zum Jahresende 2008 aus dem Amt, das er etwa 20 Jahre innehatte.

Nur 48 Prozent der Personen ab 65 Jahren – die Gruppe mit dem höchsten Grippeerisiko – wissen, dass sie stärker gefährdet sind, an einer Influenza zu erkranken als jüngere. Dies ergab eine kürzlich durchgeführte repräsentative Umfrage des Instituts Forsa bei Menschen ab 65 Jahren.

Rätsel um das Grüne Haus

Nichts ist bekanntlich so langlebig wie ein Provisorium.



Dr. med.
Brita Ambrosi,
Arbeitsmedizinischer Dienst
der Freien und Hansestadt Hamburg

So ist es zu erklären, dass ein hölzerner Pavillon, genannt „die grüne Baracke“, obwohl die Ursprungsfarbe längst kaum noch zu erahnen war, seit 20 Jahren im Hof des Institutes stand, obwohl er eigentlich nur „kurzfristig“ während Umbauarbeiten im Hauptgebäude als Ausweichquartier genutzt werden sollte. Aber junge Wissenschaftler sind immer dankbar, wenn sie irgendwo ein Plätzchen für ihre Forschungen finden, sei es noch so alt und schäbig.

Die Baracke bot immerhin Platz für 25 Beschäftigte, davon waren 10 in einem Laborbereich tätig, 15 erledigten Verwaltungsaufgaben.

In 20 Jahren hatte es Niemanden gestört, dass aus dem Laborbereich bisweilen Gerüche oder Pflanzenstaub in den Verwaltungstrakt hinüber waberten.

Nun jedoch, eines trüben Tages im November, wurde eiligst ein Begehungstermin anberaumt, weil nach und nach immer mehr Beschäftigte aus der Baracke über störende Gerüche klagten, die ihre Gesundheit angreifen würden. Über Kratzen im Hals wurden da berichtet, tränende Augen, Magenschmerzen und Übelkeit, Hautausschlag, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Schwindel, brennende Mundschleimhäute.

So drückte sich denn an besagtem Novembertag ein langer Zug von Personen durch die engen Flure und Zimmer der Baracke, misstrauisch beobachtet von den anwesenden Beschäftigten. Alles war da, was im Arbeitsschutz Rang und Namen hatte, diverse Sicherheitsfachkräfte mit ihrem energischen Leiter, die Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte, und natürlich der Personalrat und sogar der Institutsleiter persönlich waren gekommen, reckten die Nase in die Luft

und waren sich einig, einen irgendwie stechenden, gefährlichen und übel stinkenden Geruch wahrzunehmen. Genau dort ließ sich der Gestank allerdings nicht, die Einen meinten, ihn mehr im Verwaltungstrakt, die Anderen mehr im Laborbereich zu riechen. Ratlos trennte man sich, versprach weitere Untersuchungen.

Derartige Untersuchungen müssen schließlich gründlich vorbereitet werden, und so geschah erst einmal, was in einer Behörde häufiger mal geschieht, nämlich – nichts.

Nachdem sich bis kurz vor Weihnachten aber von den 25 Beschäftigten 21 mit stärksten Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben hatten und krankgeschrieben wurden, entwickelte sich hektische Betriebsamkeit:

- Die Baracke wurde geschlossen, die Arbeitsplätze wurden in Notquartiere umgelagert.
- Ein professionelles Messinstitut prüfte Luftproben aus den Barackenbereichen auf Schadstoffe
- Die betriebseigenen Bodenkundler öffneten den Barackenboden an mehreren Stellen und entnahmen Proben des Erdreiches, um sie auf Schimmel und andere Schadstoffe zu untersuchen
- Die Technikzentrale überprüfte die Funktion der Laborlüftung und untersuchte sämtliche Ausgüsse und Rohrleitungen auf Geruchsbildner
- Die Betriebsärzte luden die erkrankten Beschäftigten zu sich ein und versuchten mit umfangreicher Diagnostik den Schadstoffen auf die Spur zu kommen
- Die inzwischen auch noch auf den Plan gerufenen Aufsichtspersonen der zuständigen Berufsgenossen-

schaft initiierten zusätzliche Untersuchungen von Hausstaubproben und eine Überprüfung der über das Barackendach geführten Abluftkanäle.

Ende Februar war in der Baracke noch alles beim Alten: der Gestank war noch unverändert da, die Beschäftigten zum Teil immer noch krankgeschrieben. Die Ursache des Geruches war trotz aller Untersuchungen so unklar wie zuvor.

Bei den Akteuren des Arbeitsschutzes war inzwischen nichts mehr in Ordnung. Jeder fühlte sich vom jeweils Anderen übergangen, mal zu spät informiert, mal nicht einbezogen, mal falsch unterrichtet, missverstanden, angegriffen und so weiter und so fort. Dazu kamen die Vorwürfe der Beschäftigten, dass man sie nicht ernst genommen und nicht früh genug eingegriffen habe. Man hatte nicht bedacht, dass man eine so große Zahl Beteiligter nur über klar festgelegte Informationswege sinnvoll über die Geschehnisse unterrichten kann. Es bedurfte schließlich langer Verhandlungen an einem „runden Tisch“, um die Missverständnisse auszuräumen und die erhitzten Gemüter wieder abzukühlen.

Anfang März hatte die Leitende Sicherheitsfachkraft im Haupthaus zu tun. Beim Verlassen des Hauses fiel sein Blick auf die grüne Baracke, deren Schicksal nun mit einem Abrissbeschluss besiegelt schien. Einem inneren Impuls folgend kehrte er um, ging zum Hausmeister, ließ sich den Barackenschlüssel geben. Er wollte noch ein letztes Mal in aller Ruhe durch die Räume gehen.

Gleich nach dem Betreten des Pavillons, im ersten Raum des Verwaltungstraktes, schlug ihm der üble Gestank jetzt

mit vollster Wucht entgegen, da die Räume schon so lange nicht mehr gelüftet worden waren. Der Raum war leer bis auf einen abgeräumten Schreibtisch, einen Stuhl, einen leeren Aktenschrank. Da sah der hochgewachsene Mann oben auf der Schrankecke eine halb verblichene Grünlilie hervorlugen, und er, nicht nur Menschen-, Tier-, sondern auch Pflanzenfreund, beschloss, die verwaiste Grünpflanze zu retten und mitzunehmen. Streckte sich und hob den Blumentopf mitsamt seinem hässlich-braunen Übertopf herunter. Als sich der Topf auf Höhe seiner Nase befand, ließ er ihn fast fallen vor Entsetzen, beißender Gestank nahm ihm den Atem und ließ ihm die Tränen in die Augen schießen! – Offensichtlich hatte ein kleinwüchsiger Blumenliebhaber monatelang den Blumentopf mit allzuviel Wasser bedacht, weil er von unten den Wasserstand im Übertopf nicht erkennen konnte. Die Pflanze war dahingestorben und das Gießwasser hatte sich in eine Schwefelgas-Brühe umgewandelt.

Nach Entsorgen der Pflanze mit ihrem unheilvollen Fußbad und einigen Tagen kräftigen Durchzugs mit frischer Märzluft war die Baracke von jeglichem schlechten Geruch befreit.

Ist ja klar, dass sie heute noch im Hof steht, denn junge Wissenschaftler sind froh über jedes trockene Plätzchen, an dem sie ihre Forschungen betreiben können, und so weiter siehe oben... □

Häufige Dienstreisen

Regelmäßiges Pendeln oder häufige Dienstreisen können weit reichende Folgen haben – für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden ebenso wie für soziale Beziehungen und das Familienleben der Betroffenen. Die europäische Union hatte eine entsprechende Studie in Auftrag geben nachzulesen unter www.jobmob-and-famlives.eu.

Ambulante Rehabilitation findet Zuspruch



Kontakt

Dr. med. Sven Schemel,
 Ärztlicher Direktor des ZAR Stuttgart,
 Telefon: 07 11-2 39 43-0
 Sabine Nicolaus,
 Telefon: 07 11-2 39 43-13

Bereits im Jahre 1992 empfahl die Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) den Ausbau eines flexiblen Systems mit aufeinander abgestimmten ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsleistungen.

Diesen Empfehlungen wurde in der Folgezeit durch eine Reihe von Erprobungsmodellen zur ambulante/teilstationäre Rehabilitation in verschiedenen Indikationen Rechnung getragen. Mit den § 40 Abs.1 SGB V und § 19 Abs. 2 SGB IX hat der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für die Flexibilisierung verfügbarer Leistungsangebote und den Aufbau integrierter Versorgungsformen geschaffen und damit einen nachhaltigen Beitrag zur Strukturanpassung im Gesundheitssystem geleistet. Nicht zuletzt zeigt die Tatsache, dass durch die Verlängerung der Lebensarbeitszeit immer mehr ältere Arbeitnehmer im Betrieb bleiben müssen, wie wichtig die Entscheidungen des Gesetzgebers waren, zum Beispiel mit der ambulanten Rehabilitation eine schrittweise Eingliederung in den Arbeitsprozess zu erleichtern.

Inzwischen ist die Akzeptanz für ambulante durchgeführte Rehaverfahren im Rahmen der Regelversorgung sowohl bei Patienten als auch im professionellen Umfeld deutlich gestiegen. Diese positive Entwicklung wird durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit ambulanter Erprobungsmodelle gestützt: Die Untersuchungen haben wiederholt gezeigt, dass die ambulante Rehabilitation eine mindestens gleichwertige Versorgungsform ist, weil hier eine individuelle Komplexbehandlung mit individuell abgestimmten Behandlungszeiten Zeit für Familie und Beruf lassen. Ziel ist das möglichst rasche Erreichen von normaler Mobilität.

Nanz-Medico ist so ein Modellfall und hat mit seinen Zentren für ambulante Rehabilitation in Berlin, Stuttgart-Mitte, Stuttgart-Bad Cannstatt, Trier, Lanstuhl und Ludwigshafen bereits frühzeitig an dieser Entwicklung teilgenommen. Damit verfügt Nanz-Medico über mehrjährige Erfahrungen auf dem Gebiet der ambulanten Reha von orthopädischen, neurologischen, kardiologischen und onkologischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Etwa 120 Patientinnen und Patienten genesen derzeit täglich im Zentrum für ambulante Rehabilitation der Stuttgarter Rehatagesklinik von ihren orthopädischen, kardiologischen oder onkologischen Erkrankungen. Die drei Fachbereiche werden von jeweiligen Fachärzten für Orthopädie, innere Medizin-Kardiologie und Onkologie-Hämatologie geleitet und von insgesamt sechs Ärzten betreut. Ihre Arbeit wird von einem multiprofessionellen Team aus Krankengymnasten, Sporttherapeuten, Masseur, Ergotherapeuten, Krankenschwestern, Arzthelferinnen, Psychologen, Sozialarbeitern und Diätassistentinnen unterstützt. Nach fachärztlicher Verordnung führt das Team ein vielfältiges Therapiekonzept durch, das individuell auf die Belastbarkeit des Patienten abgestimmt wird. Dabei wird auf die Ausgewogenheit aktiver Therapieformen wie z. B. Krankengymnastik und Medizinischer Trainingstherapie

und passiven, edukativen Behandlungsbausteinen (z. B. Arthrose-Rückenschule, Beratungsgespräche) geachtet. Ein großer Vorteil der ambulanten Reha, so der Ärztliche Direktor der Stuttgarter Rehaklinik, Dr.med. Sven Schemel, liege ohne Zweifel in der Möglichkeit, niedergelassene Ärzte, Betriebsärzte und Ärzte aus Akutkliniken einzubinden. Prof. Dr. med. Denzlinger, der die onkologische Abteilung des ZAR leitet, schätzt an der ambulanten Reha die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten. Die Patienten profitieren dabei u. a. sowohl von der sporttherapeutischen als auch von der psychologischen Betreuung.

Ein weiterer Vorteil der ambulanten Rehabilitation ist die individuelle Anpassung der Therapie an die Patienten, beispielsweise mit der Möglichkeit der geteilten Anschlussheilbehandlung.

In Einzelfällen und in Absprache mit den Kostenträgern ist eine Teilung bzw. Unterbrechung der Rehabilitation für längstens vier Wochen möglich. Orthopädische Patienten z. B., deren Belastungsfähigkeit noch reduziert ist, profitieren von der Unterbrechung der Reha, indem die Therapie an den Genesungszustand angepasst werden kann.

Um den erreichten Rehabilitationserfolg zu stabilisieren, bietet das ZAR Nachsorgeprogramme der Deutschen Rentenversicherung. Im Anschluss an die Rehabilitation (stationär oder ambulant) können die Patienten berufsbegeleitend an diesen Programmen teilnehmen und sichern somit den Behandlungserfolg. Finanziert werden diese Nachsorgeprogramme durch die Deutsche Rentenversicherung. □

Jürgen Dreher

Beschlossene Sache: Verordnung zur arbeits- medizinischen Vorsorge

Mit dem Wandel der Arbeitswelt und der demografischen Entwicklung gewinnt die arbeitsmedizinische Vorsorge an Bedeutung. Sie ist ein Schlüssel zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Dabei geht es um individuelle Aufklärung und Beratung der Beschäftigten zu Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und Gesundheit.

Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge sind bislang in verschiedenen staatlichen Verordnungen und in der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4) der Unfallversicherungsträger zu finden. Am 10. Oktober 2008 stimmte der Bundesrat mit geringen Änderungen dem Entwurf der Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu.

Mit der Verordnung werden Regelungen im staatlichen Recht und in Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften vereinheitlicht und zusammengeführt. Sie regelt Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten und schafft mehr Transparenz bei Pflicht- und Angebotsuntersuchungen. Zugleich stärkt sie das Recht der Beschäftigten auf Wunschuntersuchungen. □

Dr.

Die Verordnung, die (fast) alles kann

*Einige Anmerkungen zur Eurythmie von Pflichten und Angeboten
bei der staatlich geregelten arbeitsmedizinischen Vorsorge*

Sehr geehrter Herr Präsident,
hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossenen „Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge“ mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

.....

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Angela Merkel

Wer kann unserer Regierungschefin schon eine Bitte abschlagen?

Am 10. 10. 2008 hat der Bundesrat auf seiner 848. Sitzung dem Wunsch unserer Kanzlerin pflichtgetreu entsprochen und beschlossen, der Verordnung zuzustimmen.

So einfach funktioniert Politik... Als Bundestagsdrucksache 643/08 hat sie sich nicht nur einen Platz im Archiv des Deutschen Bundestages gesichert, sie beschreibt vor allem verbindliche Spielregeln für den Lebensraum, in dem arbeitsmedizinische Vorsorge stattfindet, Spielregeln als auch Chancen für seine Entwicklung, Größe und Beschaffenheit.

Gemessen an seinen Zielen und den hieraus abgeleiteten Aufgaben lassen sich eine systolische (sekundärpräventive, auf normierte Anlässe bezogene) und eine diastolische (primärpräventive, auf nicht normierte Anlässe bezogene) Funktion unterscheiden. Ob sich hieraus eine funktionell wirksame Pumpleistung ergibt, let's have a look on both sides:

Zunächst zur Systole:

Der bereits mit Inkrafttreten der Gefahrstoffverordnung im Januar 2005 begonnene Prozess der Aufhebung von Parallelregelungen in der berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Rechtssetzungen wird hier konsequent fortgeführt und – sofern dies die Überführung von Verordnungen zum Umgang mit chemischen (GefahrstoffV), biologischen (BioStofV), physikalischen (Lärm- u. Vibrations-ArbeitsschutzV, DruckluftV sowie Hitze- u. Kältearbeiten n. der bisherigen BGVA 4) sowie anderweitiger Einwirkungen (Gentechnik-SicherheitsV) angeht – einer einheitlichen Systematik von Pflicht- und Angebotsuntersuchungen unterworfen. Dem gesetzten Ziel, mit dieser Verordnung zu einer „Rechtsvereinfachung, und „Schaffung rechtlich einwandfreier, systematischer und transparenter Rechtsgrundlagen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ beizutragen, wird man damit für den Bereich der im Anhang Teil I – Teil IV definierten Anlässe durchaus gerecht.

Hier gibt es nicht viel zu deuteln: Die Tatbestände können eindeutig zugeordnet werden und sind im Sinne einer subsummierbaren Logik praxistauglich und unmittelbar anwendbar.

Für die im Anhang einschlägig definierten Bereiche wird streng im Sinne eines industriepathologischen Unfallparadigmas argumentiert und folgerichtig von einer Sekundärprävention ausgegangen, die abzugrenzen ist von primärpräventiven Aktivitäten, die außerhalb dieser Verordnung in das arbeitsmedizinische „Reisegepäck“ gehören und an anderer Stelle, namentlich dem ASiG bzw. ArbSchG, geregelt sind.

Was sich sonst im Schlepptau dieser Rechtsvereinfachung befindet ist durchmischt und reicht vom lohnenden Beifang bis zum überflüssigen Ballast:

- Dass weiterhin die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ als ausreichende Qualifikation geduldet wird und aus einer in 1973 aus der Not geborenen Regelung ein Ladenhüter ohne Verfallsdatum wird, ist ärgerlich aber wahrscheinlich an dieser Stelle weder verhandel- noch lösbar.
- Dass der adipöse Schützenbruder in der freiwilligen Feuerwehr von Nieder-, Ober- oder Unterkrüchten jetzt auch die Aussicht auf eine „Pflichtuntersuchung“ hat, die seine Belastbarkeit nicht nur auf dem Niveau einer W125 prüft und damit die Eignungsprüfung auf die Befähigung zum Anlegen des Atemgerätes begrenzt, ist sicherlich nicht von Nachteil.
- Dass der „Arzt bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge unvertretbar ist“ und eine wichtige Rolle bei der Gefährdungsbeurteilung spielt und bei der individuellen Beratung „unverzichtbar“ ist, die Arbeitsmedizin eine „eigenständige“ und „grundsätzliche Bedeutung“ für die Gesunderhaltung der Beschäftigten hat, alles augenfällig, aber in heutigen Zeiten nicht selbstverständlich....
- Um Grundsätzliches geht es da schon eher bei der G 25 sowie der G 42, die aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge exkommuniziert wurden mit der Begründung, dass hierbei die Eignung bzw. Befähigung und nicht die Abwehr arbeitsbedingter Risiken im Vordergrund stehen. Wenn das mit der Eignung und Gefährdung immer so schön lehrbuchmäßig abgrenzbar wäre. Was sonst noch dazu zu sagen ist, ist bereits in der Novemberausgabe geschehen (Wir haben ihn so geliebt – den G 25 Überlegungen zu einem Hermaphroditen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen) wir wollen uns nicht wiederholen. Wie dem auch sei: Gerade, wenn man sich der Logik des Verordnung anschließt, ein Wiedersehen in der dia-

stolischen Phase ist vorprogrammiert, es sei denn die langjährigen Erfahrungen mit dem G 25 und ihr unzweifelhafter – wenn auch mittelbarer – Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit stellt keine allgemein anerkannte Regel dar.

- In der Konsequenz werden auch einige Unfallversicherungen ihre Hausaufgaben bekommen: Eine partielle Anrechnung der Untersuchungen nach der Fahrerlaubnisverordnung auf die Einsatzzeiten wie im Bereich der BG Fahrzeughaltung dürfte demnach eine Konformitätsprüfung nicht mehr überstehen.

Soviel zu dem, was man den ersten Teil des Verordnung nennen kann, der sich der Abwehr arbeitsbedingter Erkrankungen verschrieben hat und sich – mit wenigen Ausnahmen – einer in sich schlüssigen Logik mit entsprechenden Handlungsalgorithmen verpflichtet.

Zwischenbilanz: Das systolische Auswurfvolumen verspricht eine ausreichend funktionelle Wirksamkeit

Hierzu kontrastiert aus meiner Sicht ein zweiter – eher präsumptiv angelegter, antizipativer Teil der Verordnung, der sich mittelbar über die Agenda, die Aufgaben (n. § 11) des Ausschusses Arbeitsmedizin ins Gespräch bringt. Der Ausschuss Arbeitsmedizin soll mit Inkrafttreten der Verordnung unter Federführung des BMAS eingerichtet werden und – so in der Begründung – mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge „zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes“ leisten.

Das aus fachkundigen Vertretern der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der gesetzlichen Unfallversicherung und weiteren fachkundigen Personen zusammengesetzte Gremium soll Regeln und Erkenntnisse aus der Arbeitsmedizin ermitteln sowie Kriterien, Beispiele und Empfehlungen aufstellen für Untersuchungen nach § 11 ArbSchG, für betriebliche Gesundheits-Check-Programme sowie zu kollektiven arbeitsmedizinischen Präventionsprogrammen.

Wir reden bereits über die Diastole.

Der Verordnung diagnostiziert zu recht, dass „einige Bereiche arbeitsbedingter Erkrankungen heute noch zu wenig Beachtung“ finden, nennt dabei die muskulo-skeletalen Erkrankungen und spannt ansonsten den Bogen von Gesundheitscheckprogrammen in größeren Betrieben bis hin zur Untersuchung auf Wunsch des Beschäftigten nach § 11 ArbSchG, wobei der Verordnung, hierin ein bisher unzureichend ausgeschöpftes Instrument sieht, das geeignet ist, sehr effektiv den individuellen Gesundheitsschutz mit den betriebspezifischen Gefährdungen und ihrer Vermeidung zu verknüpfen.

Die hiermit verknüpften Ziel sind sicher verdienstvoll, stellen in ihrem „visionären“ Bemühen einen deutlichen Kontrast dar zu dem „Normierten“ lassen aber vermuten, dass bei den Verfassern die Einsicht und der Wille zur Veränderung durchaus vorhanden waren, aber dann nicht mehr die Kraft, um zu einem Einvernehmen und Konsens über Instrumente und Wege zu finden. Vielleicht auch nicht leistbar ohne einen sehr aktiven, Reviergrenzen und -denken transzendierenden Brückenschlag zwischen dem parteipolitischen Geschwisterpaar Olaf und Ulla, zwischen BMAS und dem Bundesministerium für Gesundheit. Vielleicht nur ein kleiner Schritt zum benachbarten Stuhl am Kabinettstisch oder in der Fraktion, aber ein gewaltiger, ja epochaler Wurf für die Primärprävention, die die Arbeitsmedizin im betrieblichen Setting zu leisten vermag, und ihre auf weiten Strecken unausgeschöpften Potentiale. Insgesamt wirkt das nicht-normierte Tableau ebenso ambitioniert wie – das ist zum Teil in der Natur der Sache begründet – unvollendet:

Bei den arbeitsbedingten Erkrankungen, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben, werden ausschließlich die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates identifiziert. Es ist schon erstaunlich, dass die psychischen Erkrankungen keine Erwähnung finden, obwohl ihr epidemischer Anstieg unverkennbar mit veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt assoziiert ist.

Ärgerlich ist das Beibehalten der hermetischen Formulierung: „eine Wunschuntersuchung ist zu ermöglichen, es sei denn aufgrund der Gefährdungsbeurteilung ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen.“ Wie, bitte schön, soll man neue Erkenntnisse für die Überarbeitung der Gefährdungsbeurteilung gewinnen, wenn die aktuelle Fassung in einen ex cathedra-Status befördert wird. Eine *contradictio in adjectue*... Zum Glück wird in der betrieblichen Wirklichkeit auf solche Spitzfindigkeiten weniger Wert gelegt.

Wenn der Verordnung nach dem Willen ihrer Verfasser auch zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit beitragen soll, dann ist man doch erstaunt, dass bei der Nennung von Untersuchungsanlässen die Untersuchung und Beratung von Beschäftigten vergessen wurde, die durch Krankheit in ihrer Leistung eingeschränkt sind. Es wäre sehr verdienstvoll, wenn dem § 84 SGB IX hier eine komplementäre, aus der Eigenverpflichtung der Arbeitsmedizin begründete Andock-Gelegenheit gegeben würde.

Es kann nicht verkannt werden, dass die Anforderungen in vielen Tätigkeitsfeldern so verdichtet sind, dass bei bereits geringfügigen körperlichen oder seelischen Gebrechen eine Schiefelage entsteht mit einer tendenziellen Unvereinbarkeit zwischen Anforderungen und verbliebenen Leistungsvermögen des Beschäftigten. Genau diese Problemlage ist nicht Ausdruck eines individuellen Problems, sondern arbeitsbedingt: Ergebnis nachhaltiger betrieblicher Umbau- und Rationalisierungsprozess, in dessen Folge die „Poren des Arbeitstages“ systematisch geschlossen und regenerationsdienliches Bindegewebe bis zur Magersucht abgespeckt wurde. Man sollte die Ehrlichkeit besitzen dies ohne ideologische Scheuklappen so zu diagnostizieren.

An dieser Schnittstelle findet – dynamisiert durch die demographische Entwicklung – die eigentliche Herausforderung statt.

Wer heutzutage über arbeitsbedingte Erkrankungen spricht und diese strukturelle Problemlage dethematisiert bewegt sich um Haarbüschelbreite an den heutigen und zukünftigen Herausforderungen der arbeitsmedizinischen Vorsorge vorbei und übersieht die wachsende Zahl an Erwerbstätigen, die durch Krankheit in eine für die Sicherung des Lebensunterhalts prekäre Situation geraten können. Die Selbstmorde am Arbeitsplatz, die unsere französischen Nachbarn beschäftigen, wir sollten uns hüten vor zuviel Selbstgewißheit, das so etwas nur anderen passieren kann.

Es ist zu wünschen, dass der Ausschuss sich auch vor komplexen Themen nicht scheut und Prozesse, Instrumente, Anreize und Regelungen entwickelt zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und menschenwürdiger Arbeitsbedingungen, nachhaltig und altersgerecht im besten Fall mit Unterstützung von Praktikern für die Praxis.

Die Therapie von Herzrhythmusstörungen ist erfahrungsgemäß mit einem Wechselbad an Gefühlen verbunden. Ähnlich verhält es sich bei dieser Verordnung, mit der Abstimmung zwischen Systole und Diastole. Insbesondere was die Diastole angeht scheint noch einiges an Diagnose und Therapiebedarf zu bestehen...

Seien wir guten Mutes und hoffen wir, dass der Ausschuss atmungsaktiv ist, sich den Problemlagen und Herausforderungen der Wirklichkeit stellt, dem arbeitsmedizinischen „Bodenpersonal“ ausreichend Gehör und Aufmerksamkeit schenkt und, ja – wir dürfen auch träumen – verlockt zu einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen BMAS und BMG. „Olaf“ und „Ulla“ müssen ja nicht gleich heiraten, ein wilde Ehe hat ja auch ihre produktiven Seiten... □



Dr. med. Rolf
Hess-Gräfenberg,
Facharzt
für Arbeitsmedizin

Chancen und Risiken

der „Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung
der Arbeitsmedizinischen Vorsorge“ aus Sicht des Betriebsarztes



Kontakt

Dr. Martina Bergann
Fachärztin für Innere Medizin
und Arbeitsmedizin
Max-Brauer-Allee 36
22765 Hamburg

Einleitung

Im Januar 2008 wurde der Referentenentwurf einer „Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der Arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (Arb-MedVV) vorgelegt, die am 27. August 2008 im Bundeskabinett beschlossen wurde und jetzt in Kraft getreten ist. Insbesondere nach Inkrafttreten der Gefahrstoffverordnung am 1. Januar 2005 hat die historisch gewachsene, duale Rechtsverordnung ihre Bedeutung verloren. Schließlich wurden in der BGV A4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ nur noch wenige Untersuchungsanlässe festgelegt. In der Praxis bestehen Unsicherheiten bezüglich der Verbindlichkeit von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

Ziele

Die Verordnung soll systematische und transparente Rechtsgrundlagen für die Arbeitsmedizinische Vorsorge schaffen, den betrieblichen Gesundheitsschutz und die primär- und sekundärpräventive Gesundheitsvorsorge stärken sowie einen Beitrag zur Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leisten. Im Mittelpunkt stehen arbeitsbedingte Erkrankungen, die bisher noch zu wenig Beachtung finden.

Bedeutung für die Praxis

Die Verordnung „aus einer Hand“ ist sicherlich übersichtlicher und strukturierter als die bisherige Rechtsform. Bestehende Unsicherheiten bezüglich der Rechtsverbindlichkeit für bestimmte arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden aber nicht wesent-

lich geringer. Auch wenn beispielsweise arbeitsbedingte Erkrankungen, zu denen auch Muskel- und Skeletterkrankungen gehören können, im Mittelpunkt stehen sollen, ist eine Verpflichtung zur Untersuchung nicht geregelt. Gleiches gilt für die „Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit“ und „Arbeiten mit Absturzgefahr“. Eine Rechtsverbindlichkeit sieht das EU-Recht nicht vor. Pflichtuntersuchungen werden nur für Tätigkeiten vorgeschrieben, bei denen ein hohes Gefährdungspotential für die Gesundheit des Beschäftigten besteht. Dieses ist jedoch gerade bei der G 25 und G 41 der Fall, so dass das Versäumnis einer rechtsverbindlichen Regelung für diese Grundsatzuntersuchungen einen Schwachpunkt der Verordnung darstellt. In der betriebsärztlichen Praxis werden wir uns auch zukünftig mit der Rechtsunsicherheit bei Feststellung und Beurteilung von tätigkeitsrelevanten Gesundheitsstörungen befassen müssen. Eine Verbindlichkeit kann – wie bisher auch – nur über betriebsinterne Regelungen, wie beispielsweise Betriebsvereinbarungen erreicht werden.

In der Verordnung wird mehrfach die Kostenneutralität für Bund und Länder, die Sozialversicherungsträger sowie für die Arbeitgeber hervorgehoben. Vor dem Hintergrund, die individuelle Gesundheitsschutz stärken zu wollen, bekommt die neue Rechtsnorm neben verbindlichen Regelungen gleichzeitig eine Art Empfehlungscharakter. Den Betrieben wird verdeutlicht, dass sie mehr für ihren Gesundheitsschutz tun können; werden aber nicht dazu verpflichtet. In der betriebsärztlichen Praxis wird es eine spannende Erfahrung werden,

ob und in welchem Umfang Betriebe, je nach wirtschaftlicher Situation, auf diesen Zug aufspringen werden.

Neue Chancen für den Betriebsarzt

Laut EU-Kommission ist die neue Rechtsverordnung ein Präventionsinstrument ersten Ranges. Eine zentrale Rolle in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge spielt der Betriebsarzt, der durch seine Fachkompetenz, den regelmäßigen Zugang zum Betrieb und seine Branchenkenntnisse die Möglichkeit hat, die Partner im Betrieb umfassend zu beraten und zu unterstützen. In Betrieben, in denen der Gesundheitsschutz bereits einen hohen Stellenwert hat, ist das wohl ein leichtes Spiel. Mit der neuen Verordnung werden auch die „schwarzen Schafe“ zusätzlich verpflichtet, dem Betriebsarzt Auskunft über die Arbeitsplatzverhältnisse zu erteilen. Bei der Beratung könnte der Betriebsarzt die Verordnung als Vehikel nutzen, um dem Arbeitgeber auf Basis einer fundierten Gesundheitsberichterstattung davon zu überzeugen, nicht nur in das Auto, sondern auch in den Fahrer zu investieren.

Risiken der neuen Rechtsverordnung

In der Begründung zu § 3, Abs. 2 wird herausgestellt, dass die Einsatzzeiten für die arbeitsmedizinische Vor-

sorge zusätzlich zu den, in der jeweiligen BGV A2 festgelegten Einsatzstunden zu leisten sind. In der Praxis ist es nicht selten, dass Betriebe Zeiten für die Vorsorgeuntersuchungen in die Basiseinsatzzeit nach BGV A2 integrieren wollen. Umso wichtiger wäre eine verbindliche Aufnahme der Forderung in den Gesetzestext gewesen. Dies war aber nicht möglich, da die Einsatzstunden in der BGV A2 der Berufsgenossenschaften unterschiedlich geregelt sind. Zudem ist eine Neuordnung der BGV A2 in Diskussion, so dass der zukünftige Umfang der betriebsärztlichen Einsatzstunden derzeit unklar ist. Andererseits ist eine Stärkung der individuellen Gesundheitsvorsorge nur sinnvoll möglich, wenn die Rahmenbedingungen, sprich Einsatzzeiten ausreichend sind. Denn eine qualitativ schlecht durchgeführte Untersuchung unter Zeitdruck ist sinnlos. Hier kann die neue Rechtsverordnung nicht unterstützen. Dies werden wir Betriebsärzte in den Betrieben verhandeln müssen.

Ausblick

Die Ära des klassischen Betriebsarztes, der das ASIG als Bibel unter dem Arm trug, ist vorüber. Dem Wandel in der Arbeitswelt folgt eine neue Rolle des Betriebsarztes. Der Untersuchungsarzt erlebt eine Bahn brechende Mutation zum interdisziplinären Koordinator im Betrieb. Vielseitige Themen bestimmen unsere konzeptionellen und operativen Aufgaben. Bedeutet die neue Rechtsverordnung ein „back to the roots“? Aus meiner Sicht kann sie eine Unterstützung sein, den Betrieben ihre zunehmende Verantwortung für den Erhalt der Leistungsfähigkeit ihrer Belegschaft deutlicher werden zu lassen. □

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie herzlich ein nach Düsseldorf zum ersten Regionalforum Arbeitsmedizin am 31. Januar 2009.

Mit dem einträgigen Regionalforum Arbeitsmedizin schaffen wir ein Forum zum Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis. Dabei wollen wir neben der unmittelbaren fachlichen Fortbildung ausführlich Gelegenheit bieten, um Kontakte zwischen praktischen Betriebsärzten, Wissenschaftlern und Organisationen zu knüpfen und die bestehende Zusammenarbeit der Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz weiter zu verbessern. Der fachliche und persönliche Austausch unter Kollegen um Rande der Vorträge und in den Pausen ist uns ein zentrales Anliegen.

Für diese Veranstaltung haben wir in Düsseldorf sehr attraktive Rahmenbedingungen, im Tagungshaus der evangelischen Kirche im Rheinland in Düsseldorf exzellente Voraussetzungen und im wissenschaftlichen Programm kompetente Referenten mit interessanten Themen. Es erwartet Sie eine Vielzahl von Vorträgen zu aktuellen arbeitsmedizinischen Themen.

In den Pausen bietet sich Ihnen die Gelegenheit zum Besuch der begleitenden Ausstellung. Das Regionalforum 2009 ist bei der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung als zertifizierte Fortbildungsveranstaltung beantragt, so dass Sie für Ihre Teilnahme entsprechende Fortbildungspunkte erhalten. Wir freuen uns schon heute darauf, Sie zahlreich in Düsseldorf begrüßen zu dürfen.

Ihre wissenschaftliche Leitung

- Prof. Dr. Andreas Weber
- Dr. Rolf Hess-Gräfenberg
- Dr. Heinz Böker



Wer Mitglied im VDBW wird, erhält den „Herold – Innere Medizin“ kostenlos dazu!

Programmübersicht

Sa., 31.01.2009		12:45 – 13:45	Mittagspause Besuch der Fachausstellung
ab 9:00	Eröffnung der Fachausstellung	13:45 – 14:30	Sachhilfen für den Bildschirmarbeitsplatz Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Wesemann
9:30 – 9:45	Begrüßung Dr. Rolf Hess-Gräfenberg	14:30 – 15:15	Burn-out Prof. Dr. Andreas Weber
9:45 – 10:30	Fit für den Job bis 67 und die Zeit danach – eine Herausforderung in Zeiten des demografischen Wandels Prof. Dr. Ursula Lehr	15:15 – 15:30	Kaffeepause Besuch der Fachausstellung
10:30 – 11:15	Neuregelung der arbeitsmedizinischen Vorsorge – Meilen- oder Stolperstein? Dr. Wolfgang Panter	15:30 – 16:15	Selbstmord am Arbeitsplatz Annäherungen an ein Phänomen in der französischen Arbeitswelt Suicides en rapport avec le travail, questions professionnelles en médecine du travail, à partir de l'émergence de cette question dans le monde du travail français Dr. Dominique Huez
11:15 – 11:30	Kaffeepause Besuch der Fachausstellung	16:15 – 16:45	Erfassung von psychischen Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung: Anwendungserfahrungen mit dem Frageninventar SALSA Dr. Katrin Groneberg, Dr. Karsten Sonntag
11:30 – 12:15	Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften und ihr Einfluss auf neue Konzepte in der Suchtbehandlung Dr. Günter Mainusch	16:45 – 17:00	Schlusswort
12:15 – 12:45	Die demographische Herausforderung in der Arbeitsmedizin, Altersstrukturelle Veränderungen und Anforderungen an die Weiterbildung Dr. Annegret Schüller		

Gesundheitsfonds mit Konstruktionsfehlern

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sein aktuelles Konjunkturgutachten vorgestellt. In dem 45. Gutachten des Sachverständigenrates sagen die fünf Wissenschaftler für 2009 eine Rezession voraus. Ab Frühjahr werde sich die Wirtschaft sehr langsam erholen. Vor allem der private und der staatliche Konsum sollen für konjunkturelle Erholung sorgen. Die Zahl der Arbeitslosen wird um rund 35.000 zunehmen. Die Gutachter raten zu einer „konjunkturgerechten Wachstumspolitik“ mit kreditfinanzierten Investitionen in die Infrastruktur und die Bildung.

Im sechsten Kapitel „Soziale Sicherung: Wider die Halbherzigkeit“ kritisiert der Rat, dass „mit der Gesundheitsreform vom März 2007 der grundlegende finanzierungsseitige Reformbedarf nicht befriedigt“ worden sei. Der Gesundheitsfonds sei mit deutlichen Konstruktionsfehlern behaftet, im Bereich der Krankenhausfinanzierung sowie auch bei den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssystemen in der ambulanten und stationären Versorgung seien Reformen angezeigt. Der SVR fordert: „Als nächstes gilt es im Bereich der Krankenhausfinanzierung einen Umstieg zur Monistik einzuleiten, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der sektoralen Budgets zu überwinden und die Distribution von Arzneimitteln zu liberalisieren. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass die Politik die Kraft findet, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.“ In der Bürgerpauschale würden die „sinnvollen Elemente“ der beiden Modellansätze der Koalitionsparteien, die von der SPD

favorisierte „Bürgerversicherung“ und die „solidarische Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien, kombiniert.

Der neue Risikostrukturausgleich

Der Sachverständigenrat hält Anreize zur Risikoselektion mit dem neuen Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für möglich. Krankenkassen würden ihre Wettbewerbsposition verbessern, wenn sie Versicherte mit mindestens einer der im neuen RSA berücksichtigten Krankheiten haben, die im Vergleich zu allen Versicherten mit dieser Krankheit einen unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf („gesunde Kranke“) aufweisen. Risikoselektionsanreize dürften verstärkt werden, wenn – wie vorgesehen – die Ausgabendeckungsquote des Gesundheitsfonds unter 100 vH sinkt, denn für die nicht gedeckten Ausgaben ist weder ein Finanzkraft- noch ein Morbiditätsausgleich zwischen den Krankenkassen vorgesehen.

Grundsätzlich hält der Rat die Möglichkeiten, potenzielle Gewinne aus einer Risikoselektion in der GKV zu realisieren, für begrenzt. „Aufgrund des Kontrahierungszwangs und dem Verbot individueller Gesundheitsprüfungen können die Krankenkassen nur indirekt die Risikostruktur ihrer Versicherten beeinflussen. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen im Bereich des Marketings, des Service und der Satzungsleistungen, die Selbstselektionsprozesse unter den Versicherten auslösen sollen („passive Risikoselektion“). Allerdings wurden mit dem GKV-WSG die Spielräume der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Leistungserbringern und Arzneimittel-

herstellern erweitert. Damit vergrößern sich auch die Spielräume, bestimmte Versichertengruppen durch spezielle Leistungsangebote (Versorgungsmodelle) und die Einflussnahme auf Leistungsprozesse (Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung) gezielt anzusprechen.“

Monistische Krankenhausfinanzierung

Der Sachverständigenrat kritisiert die Krankenhausfinanzierung nach dem „dualen Prinzip“. Den Krankenhäusern fehle dadurch die Möglichkeit, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln. Dies beeinträchtigt wiederum die betriebswirtschaftliche Rentabilität der Kliniken. Die Wirtschaftsweisen plädieren stattdessen für eine monistische Krankenhausfinanzierung. Technisch umgesetzt werden könne das Prinzip der Monistik durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Die Investitionszuschläge sollten so differenziert werden, dass diese die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter (zum Beispiel medizintechnische Großgeräte) zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegeln. Die Bestimmung adäquater Investitionszuschläge könne beispielsweise auf der Basis einer aufwandsbezogenen Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommen werden. Die Kopplung der Investitionszuschläge an die DRG-Pauschalen würde bedeuten, dass die Investitionsmittel im Rahmen der GKV (ab dem Jahr 2009) über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die

Kassen zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden. Eine explizite Investitionsförderung durch die Krankenversicherungen wäre ausgeschlossen, weil es damit faktisch bei einer Dualität der Krankenhausfinanzierung bliebe und die Investitionsentscheidungen weiterhin Gegenstand bürokratisierter Verhandlungsprozesse wären.

Überwindung der sektoralen Budgets

Zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung gebe es derzeit keinen „Wettbewerb mit gleich langen Spießen“. Getrennte Budgets führten dazu, dass die Honorierung einer sektorübergreifenden Leistung nicht folgt und daher kein Sektor ein Interesse haben kann, zusätzliche Leistung zu übernehmen. Folge aber das Geld den Leistungen, werde kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen an einen anderen Sektor abzugeben. Eine Konsequenz sektoraler Budgets sei daher bestenfalls eine sektoroptimale Leistungsabgabe, nicht aber die – wünschenswerte – systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse. Notwendig sei daher ein sektorübergreifendes, versorgungsformneutrales Vergütungssystem. Weiter heißt es: „Da die gegenwärtige Evidenzlage unzureichend ist, um eine bestimmte Versorgungsform – zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung – als anzustrebendes Modell zu präferieren oder das Ende etablierter Versorgungsformen – wie zum Beispiel der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte – zu propagieren, ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungssysteme geboten.“ Die Sachverständigen plädieren für regional differenzierte Versorgungsstrukturen, in denen die traditionelle Einzelpraxis ebenso einen Platz haben soll wie medizinische Versorgungszentren, Portalkliniken oder Allgemeinkrankenhäuser und hochspezialisierte Kliniken. □

BÄK

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 mitteilungs-süchtigen 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 □

Regelungen für Arzneiverordnungen 2009 getroffen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich über das Budget für Arzneiverordnungen der niedergelassenen Ärzte geeinigt. Die Rahmenvorgaben sehen eine Steigerung der Arzneimittelausgaben für 2009 um 6,6 % im Vergleich zum Jahr 2008 vor. Das kalkulierte Ausgabenplus von 6,6 % ist durch mehrere Anpassungsfaktoren begründet. Den größten Anteil hat mit einem Plus von 3,5 % der Einsatz innovativer Arzneimittel. Die voraussichtliche Preisentwicklung haben die Vertragspartner auf Bundesebene mit 1,4 % Plus kalkuliert. Für den erhöhten Versorgungsbedarf aufgrund von Zahl und Alter der Versicherten wird mit einer Steigerung um 0,8 % gerechnet. Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat laut Bewertung von KBV und Krankenkassen eine Steigerung von 0,9 % zur Folge. Zudem haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine Liste von insgesamt 14 Arzneimittelgruppen für ordnungsstarke Gebiete geeinigt, für die eine bestimmte Leitsubstanzquote vereinbart werden soll. Diese Regelung entspricht dem Ziel der Bonus-Malus-Regelung, die nach Ansicht der KBV nach wie vor „nicht administrierbar“ ist. KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller wertet die Rahmenvereinbarung als „Schritt in die richtige Richtung“. Sie wird seiner Meinung nach der Entwicklung gerecht, dass Ärzte einen immer geringeren Anteil an der Ausgabenverantwortung für Arzneimittel haben. □

Lipidstoffwechselstörungen und Arteriosklerose

– Diagnostik, therapeutische Strategien und Prävention –

F. Blessing, Y. Wang, J. Wilpert, J. Blessing

Einleitung:

Wissenschaftler im antiken Griechenland beschrieben erstmals die Verhärtung (Sklerose) der Schlagadern (arteriae) und prägten den Begriff der Arteriosklerose. Die Folgen der Arteriosklerose wie koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) liegen heutzutage als Todesursache noch immer vor den Tumorerkrankungen. Es war Windaus, der als erster im Jahr 1912 entdeckte, dass der arteriosklerotische Plaque eine massive Anreicherung von Cholesterinestern enthält. Joseph Leonard Goldstein beschrieb anschließend, dass sich Makrophagen durch die Aufnahme chemisch modifizierter LDL-Partikel zu Schaumzellen umwandeln. 1980 waren dann die Statine (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer) verfügbar und wurden 1994 mit der 4S-Studie erstmals in größerem Maße zur Therapie der Hypercholesterinämie eingesetzt. Im Jahr 1990 eröffneten Wissenschaftler wie Ross und Libby neue Perspektiven in der Pathogenese der Arteriosklerose. Sie konnten zeigen, dass die arteriosklerotische Läsion als Ergebnis exzessiver inflammatorischer und fibroproliferativer Prozesse zu verstehen ist und eine Antwort auf vielfältige Formen der Schädigung des Endotheliums und der glatten Muskelzellen der Arterienwand darstellt. Eine Vielzahl von Wachstumsfaktoren, Zytokinen und vasoregulatorischen Molekülen partizipieren an diesem Prozess. Auf Grund dieser Erkenntnisse ist heutzutage allgemein akzeptiert, dass die In-

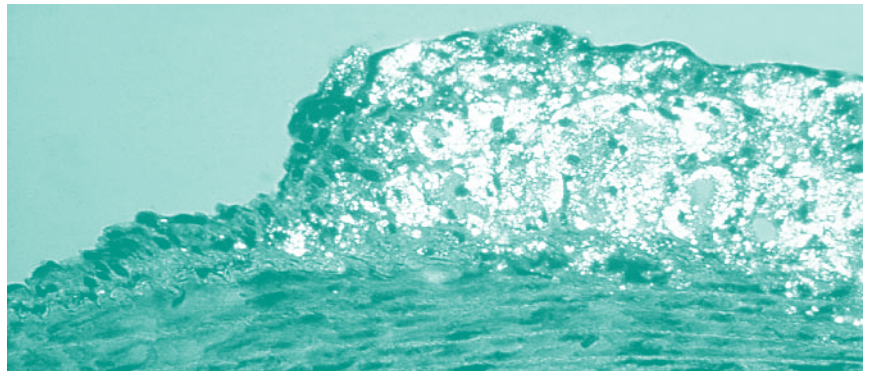


Bild 1 Der atherosklerotische Plaque enthält eine massive Anreicherung von Cholesterinestern [Windaus, 1912].

flammation eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Arteriosklerose spielt.

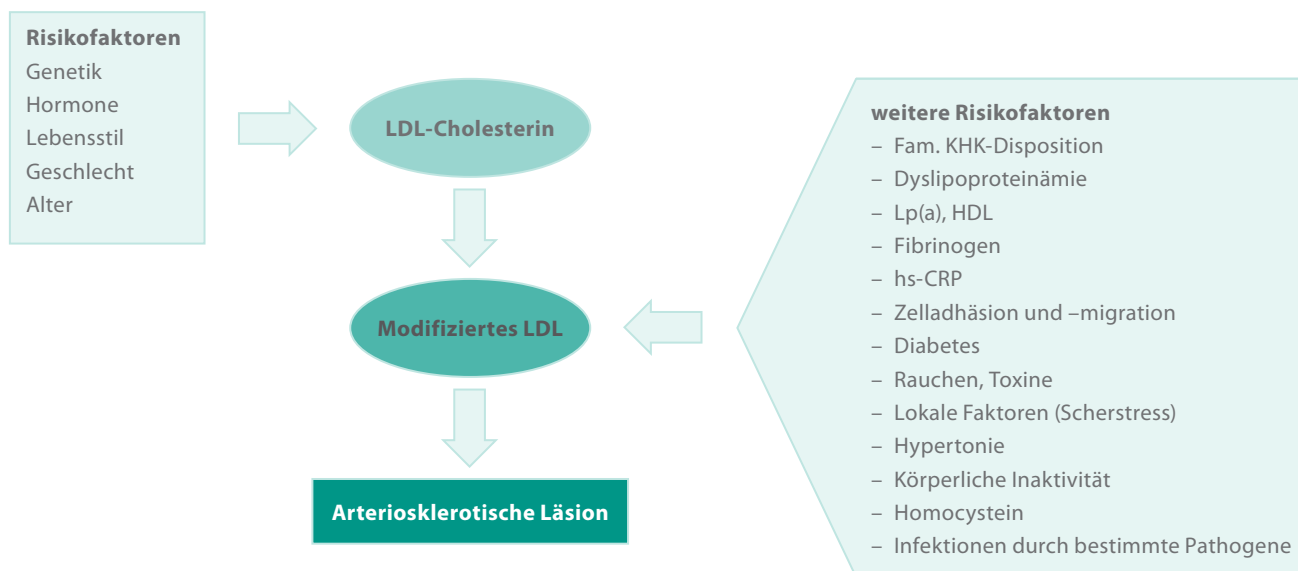
Der Prozess der Arteriosklerose verläuft während Jahrzehnten inapparent und klinische Symptome treten erst im fortgeschrittenen Stadium auf. Im Folgenden sollen diagnostische Möglichkeiten sowie therapeutische und präventive Strategien im Zusammenhang mit Lipidstoffwechselstörungen aufgezeigt werden.

Arteriosklerose-relevante Risikofaktoren und ihre klinische Bedeutung

Low-density-lipoprotein-Cholesterin (LDL-Cholesterin)

Die Höhe des LDL-Cholesterins wird neben Hormonen (vor allem den Steroidhormonen), Alter, Geschlecht und Lebensstil vor allem durch die LDL-Rezeptor-Aktivität und andere genetische Vorgaben beeinflusst. Generell kann man davon ausgehen,

dass erhöhte Gesamtcholesterinspiegel > 240 mg/dl, insbesondere aber auch LDL-Cholesterin-Spiegel > 160 mg/dl mit einem erhöhten KHK-Risiko assoziiert sind. Die klinische Manifestation einer KHK kann jedoch im individuellen Fall erhebliche Unterschiede im zeitlichen Auftreten zeigen. So trat z. B. bei einem Zwillingsspaar mit familiärer Hypercholesterinämie und annähernd gleichen Cholesterinspiegeln ein tödlicher Herzinfarkt bei einem Zwilling im 10. und bei dem anderen erst im 50. Lebensjahr auf. Auch tierexperimentell konnte gezeigt werden, dass neben erhöhten Cholesterinspiegeln weitere Faktoren die Ausbildung einer Arteriosklerose beeinflussen. Hierzu gehören ein erhöhter Blutdruck, diabetische Stoffwechsellage, Nierenerkrankungen, erhöhtes LP(a), erhöhte Fibrinogenspiegel, erniedrigte HDL-Cholesterin-Spiegel und damit verbunden ein ungünstiger LDL/HDL Quotient, Zigarettenrauchen und die familiäre Disposition.



Schematische Darstellung der Ursachen der Arteriosklerose.

Lipoprotein(a)

Lp(a) ist dem LDL-Cholesterin strukturell nahe verwandt. Die Höhe des Lp(a)-Blutspiegels ist genetisch determiniert und Lp(a)-Spiegel über dem Normbereich sind bisher medikamentös nicht behandelbar. Bei LDL-Spiegeln >150 mg/dl ist ein erhöhter Lp(a)-Spiegel diagnostisch relevant, da dann das kardiovaskuläre Risiko deutlich ansteigt. Erhöhte Lp(a)-Spiegel kommen bei ca. 20 % der Bevölkerung vor. Molekular handelt es sich um einen LDL-Komplex mit einem Apolipoprotein, das eine Strukturhomologie zum Plasminogen aufweist und mit apo(a) bezeichnet wird. Durch seine Plasminhomologie kann das Lp(a) die Fibrinolyse durch Konkurrenz mit Plasminogen an der t-PA Bindungsstelle beeinflussen und somit eine prothrombotische Wirkung entfalten. Die Biosynthese und der Metabolismus von Lp(a) sind noch nicht abschliessend geklärt und eine physiologische Funktion des Lp(a) noch nicht bekannt. Sekundär kann der Lp(a)-Spiegel bei einem nephrotischen Syndrom und bei starken entzündlichen Reaktionen sowie nach Operationen erhöht sein. Nach dem Ausheilen der Grunderkrankung normalisiert sich der Lp(a)-Spiegel jedoch in der Regel im Verlauf von ca. vier Wochen wieder.

Hochsensitives C-Reaktives Protein (hs-CRP)

Das CRP gehört zur Familie der Pentraxine und ist ein Akute-Phase-Protein. Es ist ein unspezifischer Indikator einer Inflammation und repräsentiert das am besten untersuchte proinflammatorische Molekül. CRP hat eine Halbwertszeit von ca. 18 h und im Vergleich mit anderen Proteinen handelt es sich um ein relativ stabiles Serumprotein. Bei einer akuten Inflammation steigt die CRP-Konzentration während der ersten 6–8 Stunden an und erreicht den Peak in der Regel nach 48 Stunden. CRP wird größtenteils von den Hepatozyten gebildet und seine Synthese bzw. die Transkription wird von unterschiedlichen Zytokinen kontrolliert, wobei Interleukin-6 (IL-6) der primäre Stimulus zu sein scheint. CRP wird außer in der Leber auch lokal in den glatten Gefäßmuskulzellen und in den Makrophagen der atherosklerotischen Läsionen produziert und spielt höchstwahrscheinlich eine pathogenetische Rolle bei der atheromatösen Plaquerulnabilität.

Hs-CRP wird zur Risikostratifizierung und Abschätzung einer Therapienotwendigkeit herangezogen (Tab. 1).

Fibrinogen

Fibrinogen ist eines der größten Glycoproteine im menschlichen Blut. Es wird hauptsächlich in der Leber synthetisiert und der Syntheseprozess wird von einer Vielzahl von Zytokinen beeinflusst. Fibrinogen ist das wesentliche Effektorprotein der Gerinnungskaskade, führt zur Thrombozytenaggregation und stellt die wesentliche Determinante der Plasmapviskosität dar. Die Blutspiegel von Fibrinogen korrelieren mit dem Alter, Nikotinabusus, LDL-Cholesterin, physischer Aktivität, sozialer Klasse und Alkoholkonsum. Bei entzündlichen Reaktionen kann der Fibrinogenspiegel um das bis zu 4-fache ansteigen. Hohe Fibrinogenspiegel bewirken eine Verschlechterung der Rheologie und Mikrozirkulation, wirken prokoagulatorisch und bewirken eine Adhäsion von Makrophagen an das Endothel. Aus epidemiologischen Studien geht hervor, dass

Tabelle 1 Hs-CRP Spiegel und KHK-Risiko (Ridker; PM 2002)

hs-CRP	Schweregrade des KHK-Risikos
< 1,0 mg/L	geringes
1,0–3,0 mg/L	mittleres
>3,0 mg/L	hohes

Fibrinogenspiegel > 300 mg/dl mit einem deutlich erhöhten Risiko für arteriosklerotische Gefäßerkrankungen einhergehen.

Homocystein

Homocystein ist eine schwefelhaltige Aminosäure, die normalerweise in natürlichen Nahrungsquellen nicht vorkommt. Homocystein wird intrazellulär metabolisiert und nur ein geringer Anteil findet sich im Plasma wieder. Zu den Krankheiten, die mit einer Hyperhomocysteinämie assoziiert sind, gehören die Arteriosklerose der Carotiden, die koronare Herzerkrankung, der Schlaganfall, die pAVK, und venöse Thrombembolien. Der vermutete pathogenetische Mechanismus ist eine oxidative Schädigung des Gefäßendotheliums durch eine Suppression des Vasodilatators NO was wiederum zu einer vermehrten Proliferation von glatten Gefäßmuskelzellen, zu einer vermehrten Plättchenaktivierung und Plättchenaggregation und zur Hyperkoagulation führt.

Sekundär bedingte Hyperlipoproteinämien

Verschiedene Erkrankungen können sekundär eine ungünstige Veränderung des Fettstoffwechsels bewirken und damit eine deutliche Erhöhung des Arterioskleroserisikos bedingen. Hierzu gehört beispielsweise die Hypothyreose. Etwa 30 % der Patienten mit Hypothyreose zeigen erhöhte Gesamtcholesterin- und LDL-Cholesterin-Spiegel. Patienten mit Diabetes Typ II weisen als Folge der Insulinresistenz bzw. des Insulinmangels in den meisten Fällen erhöhte Triglyceridspiegel und ein erniedrigtes HDL-Cholesterin auf. Häufig resultiert hieraus eine deutliche Verschlechterung des LDL/HDL-Quotienten. Auch bei nierenkranken Patienten kommt es zu einer negativen Beeinflussung des Fettstoffwechsels. Die häufige Heparinapplikation bedingt eine Dauermobilisierung der gefäßwandständigen Lipoproteinlipase bei dialysepflichtigen Patienten. Dadurch kommt es zu einer Erschöpfung der Lipoproteinlipa-

seaktivität und zur Hypertriglyceridämie mit konsekutiv vermindertem HDL-Cholesterin.

Therapieoptionen und Therapieziele

In der Regel kommen zur medikamentösen Absenkung des Gesamt- bzw. LDL-Cholesterins die HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) zum Einsatz. Erreicht ein kardiovaskulärer Hochrisikopatient nicht den angestrebten LDL-Zielbereich (Tab. 2) von unter 100 mg/dl sollte eine höhere Dosierung der zur Verfügung stehenden lipidsenkenden Medikamente bzw. eine Kombinationstherapie eingeleitet werden. Der aktuellen Datenlage ist zu entnehmen, dass im Falle einer unzureichenden LDL-Absenkung ein Cholesterin-Resorptionshemmer in Kombination mit einem Statin effektiver ist als die alleinige Dosiserhöhung des Statins. Auch wenn selbst unter hohen Dosen die Rate an unerwünschten Wirkungen vergleichsweise gering ist. Die Inzidenz einer Leberenzymerrhöhung bei Patienten, die mit hohen Dosen von Atorvastatin, Simvastatin oder Fluvastatin (je 80 mg/d) behandelt wurden lag bei 0,5–3 %. Auch die Inzidenz von Myopathien war in allen durchgeführten Studien gering. Epidemiologische Studien und Tierexperimente deuten jedoch darauf hin, dass der Cholesterinspiegel nicht beliebig abgesenkt werden sollte. Es wird ein Zusammenhang zwischen niedrigem Cholesterin und dem Risiko für Schäden an Retina und Nervus opticus sowie hämorrhagischem Insult und Mortalität vermutet.

Aufgrund der Annahme, dass CRP auch direkte proatherogene Eigenschaften besitzt, rückte es ebenfalls in den Fokus therapeutischer Strategien. In placebo-kontrollierten Studien konnten Statine die CRP-Konzentration um bis zu 50 % senken. Der Einfluß der Statintherapie auf das CRP und die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität wurde zuerst von Ridker et al. nachgewiesen. In zwei Studien, die mit Lovastatin und Pravastatin durchgeführt wurden, konnte gezeigt werden, dass das CRP unabhängig vom cholesterinsenkenden Effekt dieser Medikamente abgesenkt werden konnte. Dies impliziert, dass auch Patienten mit niedrigen Gesamt- und LDL-Cholesterin-Spiegeln von einer Statintherapie profitieren könnten.

Sekundär bedingte Störungen des Lipidstoffwechsels sollten durch Behandlung der jeweiligen Grundkrankheit erfolgen. Sollte dies nicht gelingen, müssen auch hier lipidsenkende medikamentöse Therapiemaßnahmen eingeleitet werden.

Die Therapie der ausgeprägten Hypertriglyceridämie ist schwierig und häufig nur sehr eingeschränkt möglich. Maßnahmen sind strenge Diät, absolute Alkoholkarenz, Fibrate und im Extremfall Plasmatherapie.

Lipidapherese – Ultima Ratio in der Behandlung einer Hypercholesterinämie:

Bei nachgewiesener Arteriosklerose und hohen LDL-Cholesterin-Spiegeln, die durch eine medikamentöse Therapie nicht in ausreichendem Umfang abgesenkt werden können, müssen alterna-

Tabelle 2 LDL-Cholesterin Zielbereiche in Abhängigkeit von vorhandenen kardiovaskulären Risikofaktoren

LDL-C Zielbereich*	KHK Risiko
< 160 mg/dl	Keine Risikofaktoren vorhanden
< 130 mg/dl	Einer der folgenden Risikofaktoren vorhanden (RR erhöht, positive Familienanamnese für KHK, Lp(a)-Erhöhung)
< 100 mg/dl	Zwei oder mehr Risikofaktoren oder manifeste KHK
< 70 mg/dl	Hochrisikopatienten (KHK und Diabetes)

* gültig für Erwachsene nach dem vollendeten 20 Lebensjahr.

Tabelle 3 Effizienz der extrakorporalen Elimination von unterschiedlichen atherogenen Komponenten durch die verschiedenen Techniken.

Methode	Vorteile – Nachteile	Reduktion (%)			
		LDL-C	HDL-C	LP(a)	Fibrinogen
Plasma Austausch	nicht selektiv – Gefahr von Infektionen	53–63	58–60	43	68–76
Kaskadenfiltration	halbselektiv – Gefahr von Infektionen	53–63	25–30	15	30–35
Dextran-Sulfat-LDL-Absorption	selektiv	60–62	15–17	15	10–15
Immunoabsorption	selektiv	58–62	25–30	22	25–32
H.E.L.P.	selektiv	60–68	15–18	60	58–65
Polyacrylat-adsorption	selektiv, potentielle Gefahr des Ablösens von Mikropartikeln vom Absorber	45–68	0–9	43–63	6–12

Literatur: Bosch T. 2000; Keller C. 1991; Bambauer

tive Verfahren zur Lipidsenkung eingesetzt werden. In Deutschland kommen derzeit 5 verschiedene Aphereseverfahren zur Anwendung (Tab. 3).

Diese Verfahren sind bezüglich der LDL-C-Absenkung vergleichbar, unterscheiden sich jedoch in der Selektivität der eliminierten Lipoproteine, dem behandelbaren Plasmavolumen, der Elimination anderer Makromoleküle und im Nebenwirkungsspektrum. Plasmaaustausch und Kaskadenfiltration kommen wegen ihrer geringen Selektivität und dem deutlich höheren Nebenwirkungsprofil in Deutschland nicht mehr zum Einsatz. Generell kommt die Lipidapherese nur für ausgewählte Patienten (meist junges Alter, manifeste KHK oder pAVK) in Frage, bei denen alle medikamentösen und nicht-pharmakologischen Therapiealternativen maximal ausgeschöpft sind. Die hohen Kosten dieses Verfahrens sind angesichts der deutlich verbesserten Morbidität und Mortalität in diesem kleinen Kollektiv gerechtfertigt. Die Behandlungsfrequenz ist abhängig von der Höhe des LDL-Cholesterins. In aller Regel wird im wöchentlichen oder 14-tägigen Rhythmus mit der LDL-Apherese behandelt. □

Kontakt:

Prof. Dr. med. Josef Blessing
Virchowstraße 10 c
78224 Singen

EU bulletin

Bereitschaftsdienst

Der Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten des Europäischen Parlaments hat sich für Änderungen des Gemeinsamen Standpunktes des Rates zur Arbeitszeitrichtlinie ausgesprochen. Die Abgeordneten fordern den gesamten Bereitschaftsdienst einschließlich der inaktiven Zeit als Arbeitszeit anzusetzen. Die Höchstarbeitszeit soll auf 48 Stunden begrenzt werden, wobei die Möglichkeit der Überschreitung durch einzelvertragliche Vereinbarungen drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie entfallen soll. □

Gemeinschaftsstrategie

Die Europäische Kommission hat eine Gemeinschaftsstrategie zur Bekämpfung seltener Krankheiten in Form einer Mitteilung wie auch eines Vorschlages für Ratsempfehlungen angenommen. Die Strategie zielt darauf ab, die Mitgliedstaaten bei der Erkennung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Versorgung und Erforschung von seltenen Krankheiten in Europa zu unterstützen. □

Telemedizin

Die Europäische Kommission hat ein Maßnahmen-Paket vorgestellt, das die Verbreitung der Telemedizin in Europa vorantreiben soll. Damit werde die Patientenversorgung verbessert und die Effizienz des Gesundheitswesens erhöht. Auch müsse mehr Rechtssicherheit geschaffen werden. □

EU-weites Rauchverbot

Die Europäische Kommission denkt über ein Eu-weites Rauchverbot am Arbeitsplatz nach. Geplant sei, zunächst ein Konsultationsverfahren zu starten. □

Gesundheitsstrategie angenommen

Das Europäische Parlament hat eine Entschlüsselung zur Gesundheitsstrategie der EU 2008–2013 angenommen. U. a. forderten die Abgeordneten:

- Bekämpfung von Unfällen und Verletzungen am Arbeitsplatz
- Intensivierung von Impfkampagnen
- Konzept einer gesunden Lebensweise □

Rundumschutz garantiert

Die US-Immobilienkrise hat weltweit zu starken Verwerfungen im Finanzsektor geführt. Traditionsreiche Bankhäuser diesseits und jenseits des Atlantiks mussten Insolvenz anmelden, wurden von Konkurrenten aufgekauft oder konnten nur durch umfangreiche staatliche Hilfsprogramme gestützt werden.

Das Thema „Einlagensicherung“ ist deshalb derzeit wieder en vogue. Die Finanzinstitute in Deutschland haben jedoch aus den Erfahrungen der Vergangenheit gelernt und schon vor langer Zeit umfangreiche Sicherheitsmechanismen zum Schutz von Kundengeldern eingeführt. Bereits 1937 haben die Genossenschaftsbanken den ersten Stützungsfonds im Bankbereich gegründet. Auch heute bieten diese Kreditinstitute einen besonders umfassenden Schutz für Einlagen ihrer Kunden. Neben Giro-, Tagesgeld- und Sparkonten sind dabei auch die Inhaberschuldverschreibungen von Interesse.

Hintergrund: Der Schutz dieser Papiere wird bei den verschiedenen Bankgruppierungen in Deutschland unterschiedlich gehandhabt. Während Privatbanken die Inhaberschuldverschreibungen explizit von ihrem Einlagensicherungsfonds ausschließen, deckt die Sicherungseinrichtung des Bundesverbandes der Volks- und Raiffeisenbanken die

Risiken des Insolvenzfalls für sämtliche Kundengelder zu 100 Prozent – ohne betragliche Begrenzung – ab, also auch die Inhaberschuldverschreibungen im Besitz von Kunden.

Der Einlagensicherung der Genossenschaftsbanken vorgeschaltet ist der Institutsschutz, der die angeschlossene Bank als Ganzes schützt und gewährleistet, dass diese ihre rechtlichen Verpflichtungen in vollem Umfang erfüllen kann. „Seit Gründung dieser Sicherungseinrichtung vor mehr als 70 Jahren hat noch nie ein Kunde einer angeschlossenen Bank einen Verlust seiner Einlagen erlitten, und noch nie hat es eine Insolvenz einer angeschlossenen Bank gegeben“, sagt Günter Preuß, Vorstandssprecher der apoBank, auf Nachfrage von ASUpraxis. Deshalb hätten die Kunden auch größtenteils besonnen auf die Turbulenzen im Finanzsystem reagiert und nur vereinzelt Gelder abgezogen.

Befürchtungen, die Finanzkrise könnte zu einer restriktiveren Kreditvergabe der Banken führen, hält der Vorstandssprecher entgegen: „Rentable Investitionen werden nach wie vor finanziert, wenn die Kapitaldienstfähigkeit nachhaltig gesichert erscheint. Insofern kann bei uns von einer Kreditzurückhaltung keinesfalls gesprochen werden.“ □

apo

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

 terre des
hommes
Hilfe für Kinder in Not



Freude schenken!

Es gibt viele Anlässe, Kindern zu helfen.
Mit Ihrer »Anlass-Spende« sammeln Sie anstelle von Blumen und Geschenken Spenden für Kinder in Not. Und Sie wissen: Die Hilfe kommt an!
Weitere Informationen unter
Tel. 0541/7101-128

www.tdh.de