

## Editorial

### Und immer wieder gefragt: der Betriebsarzt

**Das Sammeln von Krankendaten macht aktuell Schlagzeilen: Bei der Fokussierung auf den Absentismus werden die ungünstigen Folgen des Präsentismus unterschätzt. Fehlzeitenmanagement und Krankenrückkehrgespräche erinnern dabei in vielen Betrieben an eine Gastwirtschaft, wo sich beim Wirt bereits Zufriedenheit einstellt, wenn ein Gast das Lokal betritt. Dabei könnten Betriebsärzte/Innen viel dazu beitragen, dass sowohl Gast als auch Gastwirt eine vorteilhaftere Lösung bei der „Bewirtung“ finden.**

Die Datenaffäre um die Drogeriekette Müller, das illegale Führen von Krankenakten bei dem Discounter Lidl, die Erfassung von Krankenakten in einem Bremer Automobilwerk.<sup>1</sup> Aktuelle Vorkommnisse, die im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen und die Debatte über den innerbetrieblichen Umgang mit krankheitsrelevanten Daten und den Umgang mit Kranken belebt haben.

Werfen wir einen Blick auf die Krankenrückkehrgespräche, so können diese sehr unterschiedlich ausgestaltet sein: Sie können die Funktion haben, die subjektive, „gefühlte“ Symptom- und Krankheitsschwelle für Arbeitsunfähigkeit anzuheben, den persönlichen Rechtfertigungsdruck bei einer Krankmeldung zu erhöhen und die missbräuchliche Inanspruchnahme von Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle zu verhindern oder zumindest zu erschweren.<sup>2</sup>

Sie können auch dazu beitragen wiederkehrende oder fortbestehende gesundheitliche Probleme und Funktionsbeeinträchtigungen frühzeitig zu identifizieren und mithilfe des betriebsärztlichen Sachverständes gesundheitsverträglichere Alternativen ausfindig zu machen.<sup>3</sup>

Für die meisten Betriebe dürfte die Praxis aus einer „gesunden“ Mischung der o.g. durchaus gegenläufigen Funktionen bestehen, wobei das Verhältnis von fürsorglichen und repressiv-sanktionierenden Funktionen von Betrieb zu Betrieb deutliche Unterschiede aufweisen dürfte mit tendenziell unterschiedlichen Ausprägungen, ob es sich hierbei um ein aktiennotiertes, eigentümergeführtes Unternehmen oder eine Einrichtung der öffentlichen Hand handelt.

Hinzu kommt, dass sich viele Betriebe mit einer klaren Abgrenzung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX schwertun. Der § 84 SGB IX hat eine eigenständige Rechtsgrundlage und verlangt ein eigenständiges Verfahren, in das der Betriebsarzt günstigstenfalls in exponierter Stelle eingebunden ist. Es herrscht – wertfrei gesprochen – aber eher eine polypragmatische Praxis, auch in Betrieben wo auf dem Papier alles geregelt scheint.

## Inhalt

### Editorial

- Das Sammeln von Krankendaten macht derzeit Schlagzeilen. Dr. Hess-Gräfenberg beleuchtet das Problem und stellt fest: Überall spielt der Betriebsarzt eine wichtige Rolle **49**

### Die Selbständigen

- In ASUpraxis gibt es jetzt eine neue Rubrik: „Die Selbständigen“ werden künftig hier eine ganz besondere Rolle spielen und redaktionell von Dr. med. Michael Vollmer betreut **52**

### Praxis

- Kostenübernahme für spezielle Einlagen von OP-Schuhen **53**  
 Fachinformationen zum Thema Impfen, zusammengestellt von Dr. med. Monika Stichert Neben Alkohol sind die Arzneimittel und deren Missbrauch immer mehr ein Problem am Arbeitsplatz Es berichtet Günter K. Mainusch **53**  
 Hepatitis-B-Impfung – keine generelle Pflicht für Ersthelfer – schreibt Dr. H. Reuchlein Vom Fachausschuss „Erste Hilfe“ der DGU **56**

### Service

- Rücken AKTIV – ein Projekt der Vivantes GmbH Informationen zum Jahressteuergesetz 2009 von Dr. Annegret Schoeller **62**  
 Arbeitsmedizinische Informationen im Internet (1) von Dr. Gerd J. Enderle **63**

### Impressum

**64**



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

Es kann jedenfalls nicht verkannt werden, dass das Fehlzeitenmanagement, nirgends frei von Ambivalenzen ist, nicht nur weil der Konflikt für ein Beschäftigungsverhältnis konstitutionell ist:

Wird z. B. Anwesenheit am Arbeitsplatz höher belohnt als ein sorgfältiger Umgang mit dem eigenen Körper, wird die Rekonvaleszenz durch frühezeitige Arbeitsaufnahme verkürzt, dann holt man sich ggf. durch eine verringerte Produktivität das Problem über die Hintertür wieder ins Haus.

Bei einer 37,5 Stunden Woche gehen aus gesundheitlichen Gründen 41 Minuten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten verloren; jedoch 2 Stunden und 29 Minuten durch Präsentismus, so die Ergebnisse einer amerikanischen Untersuchung.<sup>4</sup> Produktivitätsverluste, die „on-the-job“ entstehen, stellen einen große aber bisher wenig untersuchten indirekten Kostenfaktor dar, das bestätigen auch andere deutsch- bzw. englischsprachige Untersuchungen.<sup>5 6</sup>

Aktuelle Erkenntnisse der Neuropsychotherapeutischen Forschung bestätigen, dass Handlungsziele, die mit dem Anstreben an ein positives Ziel verbunden sind, sich langfristig günstig auf die innere Homöostase, das so genannte Konsistenz erleben auswirken. Die Annäherung an das Ziel ist mit positiven Emotionen verbunden.

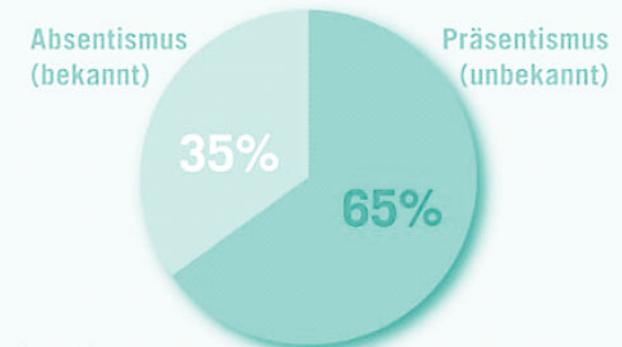
Die Botschaft, die dem Fehlzeitenmanagement von Natur aus, quasi als Negativbotschaft anhaftet, ist dabei gegensätzlicher Natur: Du sollst nicht krank werden.

Dabei handelt es sich um ein klassisches Vermeidungsziel. Vermeidungsziele haben die unerfreuliche Eigenschaft, dass sie kraft eigenen Willens nie ganz erreichbar sind. Selbst wenn es bisher gelungen ist, die Gefahr einer Erkrankung abzuwehren, schon morgen kann das anders sein. Vermeidungsziele erfordern dauernde Kontrolle sowie eine verteilte statt einer fokussierten Aufmerksamkeit, so die Ausführungen von Grawe in seinem Grundlagenwerk „Neuropsychotherapie“, das nur jedem wärmstens zur vertiefenden Lektüre empfohlen werden kann.

Dazu Grawe weiter: Wenn ein kleines Kind die mütterliche Nähe anstrebt, hat es eine Vorstellung wie es dies erreichen kann. Hat hingegen das Kind das Ziel, den Verlust der Mutter zu vermeiden, muss es ständig alles im Auge haben was passiert. Es kann nie ins Spiel versinken, ständig ist ein Teil der Aufmerksamkeit gebunden. Aktivierte Vermeidungsziele sind von ängstlicher Anspannung begleitet und binden Aufmerksamkeit, die für die Bewältigung positiver Anforderungen fehlt. „Vermeidungsziele ermöglichen also keine effiziente Zielverfolgung und keine echte Zielerreichung. Sie binden viel Energie und Aufmerksamkeit und dennoch hat man nie das Zufriedenheitsgefühl etwas erreicht zu haben. Ihre Aktivierung ist ganz überwiegend von negativen Emotionen begleitet. Sie führen insgesamt zu einer beeinträchtigten Bedürfnisbefriedigung, denn in dem Ausmaß, in dem die psychische Aktivität von Vermeidungszielen bestimmt ist, ist sie nicht frei für die Verfolgung von Annäherungszielen.“<sup>7</sup>

Die Schaffung von Anreizsystemen für Mitarbeiter z. B. durch Anwesenheitsprämien und die Kopplung von Entgeltbestandteilen an Anwesenheitsquoten sind im Licht der dargestellten psychodynamischen Aspekte nichts anderes als der Versuch aus Vermeidungs-Annäherungsziele zu machen.

### Produktivitätsverluste Relation Präsentismus/Absentismus



Quelle: HDP 2007

Iverson D. C.; Krause R.: Produktivitätsräuber Präsentismus in: Personal 12/2007, HDP

Nur wenn es überzeugend gelingt Vermeidungsziele (Du darfst nicht fehlen / krank sein) in Annäherungsziele (Wir wollen, dass Sie mit sich, ihrem Körper und ihrer Psyche sowie mit anderen sorgsam und respektvoll umgehen) umzuwandeln, kann man dieser paradoxen Wirkung entgehen.

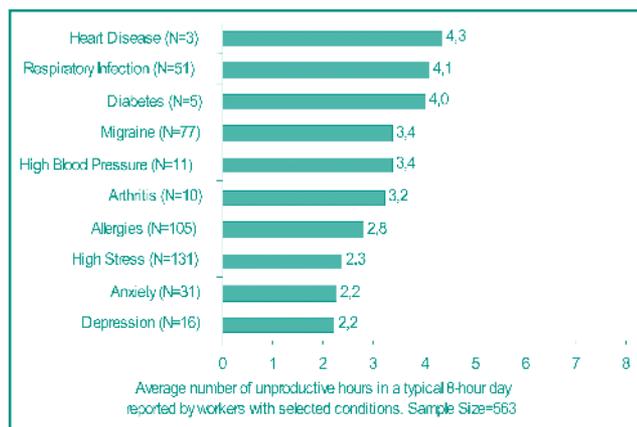
Der betriebsärztliche Beitrag besteht darin, den betrieblichen Entscheidungsträgern eine ehrliche, auf (Untersuchungs-)Daten und Wissen basierte, unvoreingenommene Rückmeldung zu geben über die (ggf. auch unbeabsichtigten) Wirkungen und Ergebnisse ihres Fehlzeitenmanagements und damit die Chance, ihre betriebliche Sozialpolitik vor paradoxen, dysfunktionalen Wirkungen zu verschonen.

**Man sollte da nicht naiv sein: Nimmt der Betriebsarzt diesen Job des teilnehmenden Beobachters, Berichterstatters und Beraters ernst, wird ihm vieles, manchmal auch etwas mehr abverlangt**

Unabhängig, ob im Rahmen des Fehlzeitenmanagements oder von BEM: Wir sind gut beraten sehr genau darauf zu achten, wem wir wann, was und wie mitteilen ... und wir sollten auch eine klare Vorstellung haben, was für die Architektur eines gesundheitsverträglichen Fehlzeitenmanagements erforderlich ist.

Hier ist eine proaktive Einstellung und Positionierung hilfreich, um nicht von den z. T. divergierenden Anforderungen und Erwartungen der betrieblichen Akteure überrollt zu werden.

Zu unseren Aufgaben „gehört es nicht, Krankmeldungen der Arbeitnehmer auf ihre Berechtigung zu überprüfen“ Mit § 3 ASiG Abs. 3 haben wir zunächst ganz deutlich allen Zumutungen eine klare Kante gezeigt, die auf eine Einbindung in die disziplinarrechtlichen Verhaltenskontrolle abzielen. Nur so ist es möglich ein tragfähiges Arzt-Beschäftigten-Verhältnis sicher zu stellen und die originären Aufgaben von Prävention, Beratung und Rehabilitation wahrzunehmen. **Ein gefestigtes Vertrauensverhältnis zu den Beschäftigten ist unser Kapital, es aufs Spiel zu setzen wäre nicht nur strafbewährt sondern auch gegen Geist und Sinn von Berufsordnung und Arbeitsschutzgesetzgebung.**



Quelle: Ron Z. Goetzel, Ph. D., Institute for Health and Productivity Studies; Cornell University and Medstat: *Why Invest in Prevention: Economic Perspective; Steps to a Healthier US: Putting Prevention First*; April 15–16, 2003 – Baltimore, MD

Zu unseren Aufgaben gehört es n. § 3 ASiG aber auch:

1. den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei
  - f) Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß,
2. die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten
3. die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und im Zusammenhang damit
  - c) Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen,

**In diesem Kontext sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass auch unabhängig der Voraussetzungen nach § 84 SGB IX eine betriebsärztliche Untersuchung und Beratung angeboten wird, und das Ergebnis im Schutz der Arzt-Beschäftigten-Beziehung im Sinne einer intensiven Beratung stattfindet.**

Sieht sich der Arbeitgeber zu einer Untersuchung veranlasst, so umfasst sein Fragerecht u. a. folgende Bereiche

1. Ist der Beschäftigte den Anforderungen seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch gewachsen
2. Bestehen aktuell oder auf Dauer Einsatzbeschränkungen
3. Können Fehlzeiten durch Änderung des Arbeitsplatzes oder seiner Umgebung oder ggf. durch einen Arbeitsplatzwechsel verringert werden
4. Besteht ein Zusammenhang zwischen der stattgehabten Erkrankung und den Belastungen am Arbeitsplatz
5. Besteht eine Gefährdung Dritter aufgrund einer infektiösen Geschehens oder aufgrund einer Unfall- oder Verletzungsgefährdung

**Die Weitergabe einer Stellungnahme ist nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Beschäftigten erlaubt. Rechtskonform ist sowohl die schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe des Untersuchungsergebnisses (nicht der Diagnose) als auch – und diese Variante halte ich aus psychodynamischer Sicht für vorteilhafter – die Zusendung oder Übergabe der Stellungnahme an den Beschäftigten mit der gleichzeitigen Unterrichtung des Arbeitgebers, dass der Beschäftigte zur Untersuchung erschienen und eine Stellungnahme erhalten hat. Hier bleibt der Beschäftigte bis zuletzt Herr des Verfahrens, sein Bedürfnis nach Kontrolle wird befriedigt und man schließt aus, dass unter dem (Ein)druck der Untersuchungssituation das Vertrauensverhältnis Schaden nimmt: Das habe ich nun davon, dass ich mit meinem Betriebsarzt offen gesprochen habe.**

Will er die Rolle des Beraters und Berichterstatters ernst nehmen, gehört hierzu auch in der betriebsärztlichen Sprechstunde aufmerksam hinzuhören, Fragen zu stellen, Ergebnisse auszuwerten unter anderem auch unter dem Blickwinkel, wie das Fehlzeitenmanagement von den Beschäftigten wahrgenommen wird und welche Auswirkungen dies auf das betriebliche Sozialklima hat.

Ausgesprochen hilfreich und in vielen Punkten weiterreichender als der bloße Blick auf den Krankenstand ist auch der Einsatz des WAI (Work-Ability-Index), wobei sein Reiz in seinem prädiktiven Potential liegt und damit die Möglichkeit einer frühzeitigen Intervention eröffnet.

Zum Repertoire des Betriebsarztes gehört es auch, den Arbeitgeber bei der Gefährdungsbeurteilung zu unterstützen. Bei der Erfassung der psychischen Parameter sollte er anstreben, möglichst die Pool-Position zu besetzen: die Federführung zu übernehmen bei der Auswahl der geeigneten Testverfahren, ihrer Durchführung in einem vertrauens- und datengeschützten Setting sowie ihrer verantwortungsvollen Auswertung. Die ärztliche Schweigepflicht, das in unsere Rolle projizierte Vertrauen und die uns zuerkannte Kompetenz stellt ein erhebliches Kapital dar, das sich unter günstigen Bedingungen zweckmäßig und nutzbringend entfalten kann.

Kurzum: Gelingt es dem Betriebsarzt, das Vertrauen aller Beteiligten zu gewinnen, ist er in der Lage, eine Vielzahl belastbarer Untersuchungs-Daten und Erkenntnisse in die betrieblichen Prozesse einzuspeisen. Dabei sollte der Betriebsarzt seiner besonderen Stellung und Verantwortung bewusst sein und einem Grundsatz in der Kommunikation treu bleiben: Wahrheit ist jedermann (im Schutz der Beziehung) zumutbar! Seien Sie sicher, Sie werden nicht geliebt, aber ihr unabhängiges Urteil genießt Respekt und Anerkennung und trägt zur Unverwechselbarkeit unseres schönen Berufes bei. □

[1] „Datenaffäre um Drogeriekette Müller“ in Handelsblatt 20. April 2009

[2] Alfred Oppolzer: *Gesundheitsmanagement im Betrieb* Hamburg 2006

[3] Bernhard Badura, Martin Litsch, Christian Vetter (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 1999 Psychische Belastung am Arbeitsplatz* Berlin Heidelberg New York 1999

[4] Boles et al., 2004, *Journal of Occupational and Environment Medicine*, 737–745)

[5] Ron Z. Goetzel, Ph.D., Institute for Health and Productivity Studies; Cornell University and Medstat: *Why Invest in Prevention: Economic Perspective; Steps to a Healthier US: Putting Prevention First*; April 15-16, 2003 – Baltimore, MD

[6] Iverson D.C.; Krause R.: *Produktivitätsräuber Präsentismus in: Personal* 12 / 2007, HDP

[7] Klaus Grawe: *Neuropsychotherapie* Hogrefe Verlag Göttingen 2004

# Die Selbstständigen in ASUpraxis

Immer mehr Betriebsärzte üben ihre Tätigkeit in eigener Praxis freiberuflich aus: haupt- oder nebenberuflich, neben einer anderen selbstständigen oder zusätzlich zu einer angestellten ärztlichen Tätigkeit.

Dafür gibt es Gründe: Die freie Gestaltungsmöglichkeit von eigenen Zielen und den Wegen dorthin, von Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten und nicht zuletzt die Möglichkeit, die Beziehungen zu Vertragskunden, Probanden und Mitarbeitern selber bestimmen und pflegen zu können, gehören dazu. Die Ausgliederung der betriebsärztlichen Betreuung aus großen Unternehmen, die Unzufriedenheit vieler Kollegen mit ihrer kassenärztlichen Tätigkeit und der Wunsch der Unternehmen nach lang-

jähriger Betreuung durch einen vor Ort ansässigen Betriebsarzt verstärken den Trend.

Dieser Entwicklung trägt die Redaktion mit der Einrichtung der Rubrik „Die Selbstständigen“ Rechnung.

## Welche Beiträge dürfen Sie an dieser Stelle künftig erwarten?

Wir veröffentlichen Artikel zu Fragen rund um die Existenzgründung. Für viele, die gegenwärtig noch angestellt tätig sind, ist dieser Schritt nicht recht vorstellbar. Aber auch diejenigen, die ihn bereits vollzogen haben, sind immer wieder auf Anregungen rund um die Weiterentwicklung ihrer Praxis, ihrer Gesellschaft oder ihres Unternehmens angewiesen. Dabei soll es um medizinisch-fachliche, aber auch um rechtliche und finanzielle, technische und organisatorische Fragen gehen.

In dieser Rubrik wollen wir darstellen, was das Spezifikum selbstständiger betriebsärztlicher Tätigkeit ist, Chancen und Risiken, Vorzüge und Nachteile abwägen. Denn so verlockend die Aussicht auf freies Entscheiden und Handeln ist, so muss selbstständige betriebsärztliche Tätigkeit auch finanziell und juristisch nachhaltig verantwortbar sein.

Selbstverständlich bringen wir an dieser Stelle fachliche Beiträge zu medizinischen Themen, Beispiele für gelebte gute Praxis, die es verdienen, berichtet zu werden. Ein Schwerpunkt wird natürlich auf der Prävention liegen. Mehr denn je geht es dabei um die aktive Beratung der Unternehmensleitungen und der Mitarbeitervertretungen und die Entwicklung und Durchsetzung präventiver Konzepte.

**Gleichzeitig möchten wir aber auch Themen aus dem Bereich der kurativen Medizin diskutieren, die in**

**der betriebsärztlichen Praxis immer wieder auftauchen und zu denen Betriebsärzte kompetent beraten sollten.**

Schließlich werden aus der spezifisch selbstständigen Sicht Impulse hinsichtlich der Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin gegeben: Wie hat sich das Fachgebiet aufzustellen, um auch in Zukunft relevante medizinische und gesellschaftliche Beiträge leisten zu können. Diese Fragen werden vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, höheren Anforderungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes der berufstätigen Bevölkerung, sinkender Arztlizenzen und weiter knapper finanzieller Mittel zu diskutieren sein.

Gerne nimmt die Redaktion an dieser Stelle Terminankündigungen und Kurzmeldungen von und zu Selbstständigen in der Arbeitsmedizin auf.

Bei alledem freuen wir uns auf die Beiträge von Autoren, die über entsprechende Erfahrungen, aber auch Ideen und Visionen verfügen, damit „Die Selbstständigen“ eine lebendige Rubrik der ASUpraxis wird. □



Dr. med. Michael Vollmer  
Facharzt für Arbeitsmedizin  
Ludwigstraße 8  
64342 Seeheim-Jugenheim

## Selbstständige treffen sich

Zu Treffen selbstständig tätiger Betriebsärztinnen und Betriebsärzte lädt der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) herzlich ein.

Sie finden im Rahmen der Regionalforen Arbeitsmedizin statt am **Freitag, den 5. Juni 2009,**

**18.15 Uhr**

**Medizinische Hochschule  
Hannover**

**Vorklinisches Lehrgebäude,  
Hörsaal D**

**Carl-Neuberg-Straße 1,  
30625 Hannover**

und am

**Freitag, den 19. Juni 2009,  
13.00 Uhr**

**GENO-Haus,  
Heilbronner Straße 41,  
70191 Stuttgart**

Nähere Informationen unter  
[www.vdbw.de](http://www.vdbw.de)

## Kostenübernahme für spezielle Einlagen von OP-Schuhen



Alle Jahre wieder kommt ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aus dem OP eines von Ihnen betreuten Krankenhauses und erkundigt sich, wer denn die Kosten für die mit speziellen Einlagen versehene OP-Schuhe übernehmen würde. Oder es kommt ein junger Auszubildender, der das erste mal in seinem Leben Schutzschuhe benötigt, da er unter der für ihn neuen körperlichen Arbeit und seinem bekannten Beckenschiefstand Rückenprobleme bekommt. Bisher war es dann so, dass dann das große Rätselraten begann. In meinem letzten Beispiel lehnte der Arbeitgeber grundsätzlich ab und verwies an die zuständige Krankenversicherung. Falls die es nicht machen würden, sollte der Mitarbeiter sich doch an die zuständige Berufsgenossenschaft oder an die Rentenversicherung wenden. Die zuständige Krankenversicherung

lehnte ab, da Einlagen für Arbeitsschuhe nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Aber wer kommt denn nun dafür in welchem Fall auf?

Die Lösung steht in der **BGR 191** auf den Seiten 40–42. Es findet sich dort eine Übersicht über die Regelungen der Kostenübernahme für orthopädischen Fußschutz. Wichtig ist dabei immer, dass der Versicherte auf das Tragen von Sicherheits-, Schutz- oder Berufsschuhen angewiesen ist. Orthopädischer Fußschutz ist leistungsrechtlich dem Bereich der beruflichen Rehabilitation zuzuordnen. Die Träger der beruflichen Rehabilitation lassen sich in der Regel von den Arbeitgebern den Anteil ersetzen, der z. B. auf normale Sicherheitsschuhe oder Schutzschuhe entfallen würde. Diese Regelung gilt sowohl für

die Erst- als auch für die Ersatzbeschaffung. Die Leistungen werden nach Bedarf erbracht und sind zeitlich nicht mehr eingeschränkt.

Zuständig sind also z. B. folgende Leistungsträger:

- Die gesetzlichen Unfallversicherung, wenn die Fußschädigung die Folge eines Arbeitsunfalles ist
- Die gesetzliche Rentenversicherung, wenn die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation erfüllt sind und bereits 15 Jahre Wartezeit, also versicherungsrechtliche Zeit erbracht wurde.
- Der junge Auszubildende kann sich an die Bundesagentur für Arbeit wenden, wenn er eine angeborene oder erworbene Fußbehinderung hat und ein anderer Träger nicht in Frage kommt. □

Dr. Monika Stichert

## Fachinformationen Impfen

Eine Auffrischimpfung bei dem **Hepatitis A** Impfstoff Havrix 1440® ist laut der aktuellen Fachinformation inzwischen erst nach 25 Jahren notwendig. Der originäre Text lautet:

„Es ist noch nicht völlig etabliert, ob immunkompetente Personen, welche auf eine Hepatitis-A-Impfung angesprochen haben, eine Auffrischimpfung als Schutz benötigen, da sie auch bei nicht nachweisbaren Antikörpern möglicherweise durch das immunologische Gedächtnis geschützt sind. Ergebnisse aus Langzeitstudien über 10 Jahre zur Persistenz der Hepatitis-A-Antikörper nach 2 Dosen Havrix 1440, die im Abstand von 6 bis 12 Monaten gesunden Erwachsenen bis 40 Jahre verabreicht wurden, erlauben die Annahme, dass mindestens 97 % der Geimpften 25 Jahre nach der Impfung seropositiv bleiben.“

Die Fachinformation für HAV pur® drückt sich in diesem Punkt zur Zeit noch etwas unpräziser aus, dafür schützt aber eine einmalige Impfung für mindestens 12 Monate: Eine Auffrischimpfung wird nach 6–12 Monaten empfohlen. Basierend auf klinischen Langzeitdaten über einen Zeitraum von 3 bis 6 Jahren, erhoben in einem Probandenkollektiv im Alter von 16 bis 45 Jahren, verlängert eine Auffrischimpfung den Impfschutz vermutlich um mehr als 10 Jahre.

Wenn eine Auffrischung sowohl für Hepatitis A als auch für Hepatitis B gewünscht wird, kann inzwischen die Impfung auch mit dem Kombinationsimpfstoff erfolgen.

Das Impfschema beinhaltet für eine reguläre Grundimmunisierung, wie bekannt, zwei Impfungen im Abstand von 6 bis 12 Monaten, um einen Langzeit-schutz zu gewähren. In der Fachinfor-

mation steht jetzt aber auch ausdrücklich, dass eine versäumte Impfung bis zu 5 Jahre nach der ersten Dosis nachgeholt werden kann. Der Anstieg der Antikörper soll sich dann ähnlich der nach der zweiten Dosis nach 6 bis 12 Monaten verhalten.

Bei der FSME Impfung muss inzwischen darauf geachtet werden, dass die Impfschema unbedingt eingehalten werden und die Boosterimpfungen bei 12–49 jährigen alle 5 Jahre, bei > 49 jährigen alle 3 Jahre erfolgen müssen. Ansonsten muss mit einer neuen Grundimmunisierung begonnen werden. Bei nachgewiesenen Impfdurchbrüchen im letzten Jahr fiel auf, dass dies nur dann passiert war, wenn die Grundimmunisierung unvollständig oder unzulänglich lange Impfabstände gewählt worden waren. □

Dr. Monika Stichert

# Arzneimittel werden immer mehr zum Problem

*In der erwerbstätigen Bevölkerung ist Alkohol die meist genutzte Droge*



Günter K. Mainusch

*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Chefarzt AHG Klinik Dormagen*

Jeder Betriebsarzt sollte davon ausgehen, dass in der von ihm betreuten Belegschaft eine erhebliche Zahl von Menschen ist, die ein Suchtproblem haben. Ich möchte hier in erster Linie die Probleme beschreiben, die am häufigsten sind: Alkohol, Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, und bedingt noch Cannabis.

Die vermutlich in der erwerbstätigen Bevölkerung nach wie vor, abgesehen vom Tabak, meist genutzte Droge ist der Alkohol. Aber auch die Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential stellen sich als immer größere Problem heraus.

Beim Alkohol gehen wir davon aus, dass von der erwachsenen Bevölkerung von 18–64 Jahren ca. 5,56 Mio. Menschen, das sind 10,7% dieser Bevölkerungsgruppe, einen riskanten, gefährlichen, oder Hochkonsum aufweisen. Davon betreiben ca. 4,1 Mio. (7,9%) einen riskanten Konsum. D.h. Männer konsumieren zwischen 30 g und 60 g und Frauen zwischen 20 g und 40 g Alkohol am Tag. Ca. 2,4% betreiben einen gefährlichen Konsum, was für Männer 60 g bis 120 g und für Frauen 40 g bis 80 g reinen Alkohol am Tag bedeutet. Ca. 208.000 Menschen (0,4%) betreiben einen Hochkonsum, den man bei Männern bei mehr als 120 g und bei Frauen bei mehr als 80 g reinen Alkohol am Tag ansetzt.

Besonders bei der Gruppe des riskanten Konsums, werden sich viele jetzt fragen, ob wir das wirklich schon als Problem ansehen sollten. Es galt ja über lange Zeit als Zeichen eines „gestandenen Mannes“, einiges an Alkohol trinken zu können, und oftmals war Alkohol-

konsum auch direkt mit Anteilen der Arbeit verknüpft. Das hat sich zu Recht in den letzten Jahren immer mehr verändert und die meisten Betriebe sprechen ein absolutes Alkoholverbot während der Arbeit aus. Wenn die Betriebe gut organisiert sind, haben sie oftmals auch Stufenpläne für den Umgang mit Alkoholproblemen. Dennoch geistern immer noch Vorstellungen durch die Köpfe, dass Alkohol fast ein Medikament sei, das vor KHK und ähnlichem schütze. Aber auch wenn die Alkoholindustrie dies geschickt und hartnäckig immer wiederholt und in den Medien platziert, ist die Forschung zu den negativen Konsequenzen von Alkoholkonsum hier eindeutig. Mancher wird darüber stolpern, wie niedrig die Untergrenze für den riskanten Konsum angesetzt ist (Männer 30 g – Frauen 20 g pro Tag). Selbst diese uns gering erscheinende Menge bei täglichem Konsum ist schon ausreichend, um für verschiedenste Organschäden und bösartige Neubildungen verantwortlich zu sein. Daher müssen wir uns von der Vorstellung „trinke Alkohol mäßig, aber regelmäßig“ verabschieden, und können höchstens dahin kommen, dass wir sagen „trinke Alkohol mäßig, aber bitte äußerst unregelmäßig“. Gerade für das, was wir in den Betrieben von den Mitarbeitern möchten, ist Alkohol in einer wichtigen Hinsicht äußerst fatal. Alkohol und sein Hauptabbauprodukt Azetaldehyd sind potente Nervengifte, und führen nicht nur zu der allseits bekannten peripheren Polyneuropathie, sondern auch zu einer zentralen Schädigung unserer Nerven. Und so führt jahrelanger Alkoholkon-

sum dazu, dass die Leistungen unseres großen Gehirns, auf das wir meistens alle so stolz sind, deutlich leiden. Es sind vor allen Dingen drei Unterfunktionen des Hirns, die unter fortgesetztem Alkoholkonsum schlechter werden. Dabei spreche ich nicht davon, dass wir Menschen mit Korsakov-Syndrom vor uns haben, sondern ganz normale bürgerliche Gewohnheitstrinker. Bei den genannten Zahlen von 10,7% der Erwachsenenbevölkerung (Männern 14,1%, Frauen 7,1%), die einen zumindest riskanten Konsum betreiben, und wo wir wissen, dass auch unter uns Ärzten der ein oder anderen zu denen gehört, die diese Kategorie bereichern, begegnen uns diese Menschen täglich.

So ist gesichert, dass bei alkoholabhängigen Patienten das Hirnvolumen im Vergleich zu Gesunden vermindert ist. Diese Schrumpfung ist am ausgeprägtesten im Frontalhirn, und gerade dies ist der Bereich unseres Hirns, den wir besonders für das Denken und Problemlösen benötigen. Dadurch ist die Fähigkeit, zielgerichtet Pläne zu erstellen und abzuwickeln sowie neue Information einzuspeichern vermindert. Auch die Auge-Hand-Koordination leidet unter fortgesetztem Alkoholkonsum. Aus diesem Grund sollten wir, wenn wir unseren ärztlichen Aufgaben nachgehen, nicht nur danach schauen, ob jemand auffällige Leberwerte hat, er immer wieder unter Pankreatitiden leidet, oder die MCV mit gigantischen Erythrozyten imponiert.

Gerade die noch subtileren Einbußen in den von mir beschriebenen kognitiven Funktionen betreffen genau die

Bereiche, die wir ständig brauchen. Sie stimmen mir sicherlich zu, dass in den Betrieben ständig das Einspeichern von neuen Fertigkeiten gefragt ist, dass die Beschäftigten unablässig planvoll ihre Arbeit ausführen sollten, und dass nach wie vor für viele eine gute schnelle Auge-Hand-Koordination, sei es mit klassischem Werkzeug und schnelles Arbeiten am Computer, unbedingt nötig ist, um das zu tun, wofür man da ist und wofür man bezahlt wird.

Dabei verharren die Zahlen für Alkoholprobleme in den letzten Jahren auf einem hohen Niveau, wir gehen davon aus, dass ca. 1,2 Mio. Menschen im erwerbsfähigen Alter die Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit und ca. 1,9 Mio. die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch erfüllen.

Auch der Anteil der medikamentenabhängigen Patienten ist mit ca. 1,4–1,9 Mio. Menschen in unserem Lande sehr hoch. Da haben wir das Problem, dass die Zahlen unsicherer sind, als bei der Alkoholabhängigkeit. Auch in den Suchtkliniken sehen wir medikamentenabhängige Patienten deutlich weniger, als alkoholabhängige Patienten, da es ein altes Phänomen ist, dass der Großteil der medikamentenabhängigen Patienten sich nicht als „abhängigkrank“ definiert, sondern davon ausgeht, dass sie ein Angstproblem haben, eine Depression oder einfach auch nur zuviel Stress haben und aus diesem Grund die Medikamenteneinnahme kein Suchtphänomen ist, sondern eine Notwendigkeit zur Bewältigung ihres schwierigen Lebens.

Laut den statistischen Erhebungen besitzen ca. 4–5 % aller verordneten Arzneimittel ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, dazu gehören u. a. Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine, ferner Antidepressiva und codeinhaltige Schmerzmittel sowie Opiode. Laut Fachverband Sucht ist davon auszugehen, dass ca. 25–30 % dieser Mittel langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Ent-

zugserscheinungen verordnet werden und nicht wegen ihrer eigentlichen Indikation.

Neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass ca. 20 % der Beschäftigten Medikamente zur Leistungssteigerung am Arbeitsplatz einsetzen. Gerade ist eine große Studie der DAK erschienen, welche unter dem Titel „Doping am Arbeitsplatz“ erschreckende Zahlen bezüglich des Medikamentenmissbrauchs in Deutschland gezeigt hat. Aufgrund der Inhomogenität in der Wirkweise dieser Stoffe ist das Schädigungsmuster nicht so eindeutig zu beschreiben, wie beim Alkoholkonsum, und würde in der Detailliertheit den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Beunruhigen sollte uns allerdings, dass vieles dafür spricht, dass der Anteil der Beschäftigten, die missbräuchlich Medikamente einsetzen, mit hoher Wahrscheinlichkeit in den letzten Jahren angestiegen ist, und weiter ansteigen wird.

In der öffentlichen Aufmerksamkeit sind natürlich immer die illegalen Drogen sehr stark im Fokus. Dabei sagen alle Untersuchungen, dass von den illegalen Drogen mit großem Abstand Cannabis diejenige ist, die bei weitem am meisten konsumiert wird. Die verschiedenen dazu nachzulesenden Zahlen gehen letzten Endes immer wieder davon aus, dass wir 200–250 Tsd. cannabisabhängige und ca. 350–500 Tsd. cannabismissbrauchende Menschen in unserem Land haben.

Darüber hinaus spielen in geringerem Umfang Amphetamine und Ecstasy eine Rolle, sind aber schon viel, viel seltener, genau wie die übrigen illegalen Drogen. □

Günter K. Mainusch

## Buchempfehlung

In den Verbandsmitteilungen des VDBW vom April 2009 weist Wolfgang Panter in seinem Editorial auf die Überlegung des BMAS hin, wie ein Vorsorge-Check sowohl bei der Qualifikation als auch bei gesundheitlicher Risikominimierung unterstützen kann. Und genau zu diesem Thema kam jetzt im März ein Buch des **Thieme Verlages, Check-Up-Medizin von Herausgeber Uwe Nixdorff** auf den Markt. Das Buch gibt eine Übersicht über die aktuellen medizinischen Methoden der Diagnostik zur Früherkennung von Krankheiten im oft noch asymptomatischen Stadium oder deren Disposition aufgrund von Risikokonstellationen im Sinne der sogenannten Check-Up-Medizin. Viele namhafte Autoren haben in 40 Kapiteln die Vorsorge- und Früherkennungsmöglichkeiten in ihren einzelnen Fachgebieten abgehandelt, bis hin zu den Themen Komplementärmedizin und Motivationspsychologie. Es macht Spaß zu lesen und ist aus meiner Sicht sehr praxisnah geschrieben. Zum Schluss werden noch wichtige Adressen und Weblinks aufgeführt sowie die Kosten von Check-Up-Programmen benannt.

Ich kann das Buch jedem praktisch tätigen Arbeits- und Betriebsmediziner empfehlen. Dieses Buch ist genau so empfehlenswert wie das Buch aus dem **Gentner Verlag, Moderne Tauchmedizin, Handbuch für Tauchlehrer, Taucher und Ärzte von den Herausgebern Ch. Klingmann und K. Tetzlaff**, was ich im letzten Herbst gelesen habe. Ich war völlig begeistert, dass es auch einmal ein deutschsprachiges Standardwerk gibt, was in verständlicher Sprache und praxisnah alle Aspekte des Faches Tauchmedizin zusammenfasst. Seitdem empfehle ich es allen meinen Tauchern und Taucherinnen, die zur Tauchtauglichkeitsuntersuchung kommen, als ein wirklich lesenswertes Buch, was auch Nichtmediziner verstehen können. □

Dr. Monika Stichert

# Hepatitis-B-Impfung – keine generelle Pflicht für Ersthelfer

Oft wird die Frage gestellt, ob aufgrund von Vorschriften ein Impfangebot des Unternehmers gegenüber betrieblichen Ersthelfern besteht. Von den in Frage kommenden, durch Blut übertragbaren Virusinfektionen, steht lediglich für das Hepatitis B Virus (HBV) ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung.

Für den Unternehmer besteht keine generelle Verpflichtung für betriebliche Ersthelfer eine Schutzimpfung anzubieten, weder aufgrund staatlicher Vorschriften noch berufsgenossenschaftlicher Regelwerke.

Der Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, hat in einer Stellungnahme (2002) eine Bewertung der Tätigkeit von *betrieblichen Ersthelfern* vorgenommen. Danach ist in der Regel nicht von einem erhöhten Risiko durch Blut übertragbare Infektionserreger bei der zu leistenden Ersten Hilfe am Arbeitsplatz im Vergleich zum allgemeinen Infektionsrisiko bei einer zu leistenden Ersten Hilfe außerhalb des Arbeits-

bereiches (z. B. bei einem Verkehrsunfall) auszugehen. Die Tätigkeit als betrieblicher Ersthelfer ist somit der Schutzstufe 1 nach Biostoffverordnung (BioStoffV) zuzuordnen und es sind die allgemeinen Hygienemaßnahmen der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 500 anzuwenden. Eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung einschließlich eines Impfangebots, sind für die Tätigkeiten der Schutzstufe 1 nicht erforderlich. Im Einzelfall können jedoch aufgrund des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung, z. B. bei erhöhtem Unfallgeschehen im Betrieb weiter gehende Schutzmaßnahmen, also z. B. auch eine Hepatitis-B-Impfung, durchaus angebracht und sinnvoll sein.

Der Aufgabenbereich eine *Betriebssanitäters* kann von Betrieb zu Betrieb stark variieren. Je nach dem ob die Tätigkeit aufgrund der Gefährdungsbeurteilung mehr der eines Ersthelfers oder bereits der von Rettungspersonal entspricht, sind die entsprechend erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen.

Für *Rettungssanitäter und Rettungsassistenten* einer werkseigenen Ambulanz ist gemäß Anhang Teil 2 der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbmedVV) eine verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bezüglich Hepatitis-B-Viren, einschließlich eines Impfangebots, und Hepatitis-C-Viren vorgesehen, wenn Tätigkeiten durchgeführt werden, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann. Die Kosten für die arbeitsmedizinische Vorsorge und die erforderlichen Schutzimpfungen sind vom Unternehmer zu tragen. □

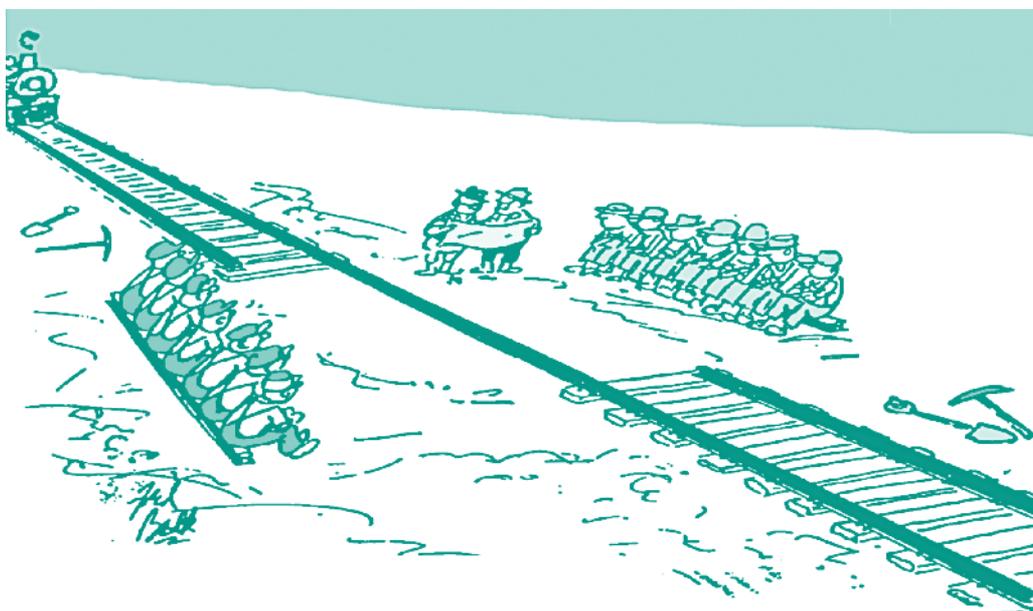
Dr. H. Reuchlein  
Fachausschuss „Erste Hilfe“ der Deutschen  
Gesetzlichen Unfallversicherung

## Zuordnung der Schutzstufen nach BioStoffV für Ersthelfer / Betriebsanitäter / Rettungssanitäter / Rettungsassistenten

Personal	Schutzstufe	Arbeitsmedizinische Vorsorge	Schutzimpfung
<b>Ersthelfer</b>	1	Keine	Keine
<b>Betriebsanitäter</b>	1 oder aufgrund einer Gefährdungsbeurteilung	Schutzstufe 1: Keine	Schutzstufe 1: Keine
	2	Schutzstufe 2: Pflicht (HBV / HCV)	Schutzstufe 2: Angebot (HBV)
<b>Rettungssanitäter Rettungsassistent</b>	2	Pflicht (HBV / HCV)	Angebot (HBV)

Quelle: FA Erste Hilfe

# Produktivitätsprojekte erhalten immer eine zweite Chance, Ergonomieprojekte selten!



Die Erfahrung zeigt, dass Ergonomieprojekte mindestens genauso professionell geplant, umgesetzt und betreut werden müssen wie z. B. Produktivitäts- oder Qualitätsprojekte. Im Falle des Scheiterns gibt es selten eine 2. Chance, da andere Prioritäten aus Sicht der Unternehmensführung schon wieder wichtiger geworden sind.

Das neue Ergonomieseminar ERGW3 will vermitteln, wie ergonomische Herausforderungen sofort richtig, an der betrieblichen Praxis orientiert, mit Erfolg bewältigt werden können.

Die in den vorherigen ERGW1/ ERGW2-Seminaren erlernte Ergonomie-**Fachkompetenz** wird durch die Teilnehmer an typischen gewerblichen Arbeitsplätzen unserer Mitgliedsbetriebe praktisch umgesetzt:

- Ist-Analysen sind durchzuführen, Gefährdungen zu ermitteln, EU-Normen zu berücksichtigen

- Arbeitsplätze u. Materialflüsse sind anschließend nach den eigenen gefundenen Lösungen umzurüsten und neu zu bewerten

Den Projektfortschritt begleitend werden Kenntnisse vermittelt zur

- Nutzung der Kreativität von Arbeitsgruppen
- Zu erwartende Gruppendynamik in Arbeitsteams
- Notwendigkeit der Einbindung betroffener Mitarbeiter in die Gruppe

Gemeinsam werden Kosten/ Nutzen-Argumente erarbeitet, mit deren Hilfe die Unternehmensführung leichter von der Umsetzung ergonomischer Projekte überzeugt werden kann.

Nach erfolgreicher Umsetzung der Gruppenziele und Feststellung der verbleibenden Restgefährdungen zeigen erfahrene Physiotherapeuten wie mit einfachen Ausgleichsübungen die Risi-

ken einer Überbeanspruchung weiter gesenkt werden können.

Die Teilnehmer des ersten Probeseminars sahen das Ziel des Seminars: „Ergonomische Erkenntnisse professionell in die Praxis umsetzen“ vollständig erreicht.

Interessiert?

Weitere Seminartermine für 2009 finden Sie unter [www.mmbg.de](http://www.mmbg.de)

Das Seminar ERGW3 wird in 2009 am 1.7.2009 und am 9.11.2009 in der Bildungsstätte Schwelm angeboten. □

*Dipl.-Ing. Rolf Bußmann,  
Leiter Fachstelle Ergonomie der MMBG*

# Rücken AKTIV –

## Ein Projekt das den Rücken wichtig nimmt

Muskel und Skeletterkrankungen sind bei Krankenpflegepersonal überdurchschnittlich häufig. Die Ursache dafür ist zum einen die Rückenbelastung durch Heben und Tragen, zum anderen führen zunehmende Arbeitsdichte, Zeitdruck, Organisationsdefizite zu erhöhter Stressbelastung, welche sich auch auf die Häufigkeit von Rückenbeschwerden und Rückenleiden auswirkt. Erhöhung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, Anstieg der Fluktuationsrate und Zunahme der Verdachtsmeldungen auf eine Berufskrankheit sind die Folge. Vor dem Hintergrund dass:

- Die Zahl pflegeintensiver Patienten im Krankenhaus durch kürzere Verweildauer ansteigt
- Bewohner in Alten- und Behindertenwohnheimen durch verbesserte Angebote der ambulanten Pflege pflegeintensiver sind
- Aufgrund der demografischen Entwicklung der Altersdurchschnitts der Pflegekräfte sich, bei gleichzeitig steigendem Pflegebedarf, weiter erhöht,

wird sich ohne Intervention dieser deutliche Trend verstärken.

Deshalb startete unter dem Motto „Den Rücken wichtig nehmen“ und „Belastungen wahrnehmen“ im August 2006 die Vivantes GmbH, als größter kommunaler Krankenhauskonzern Deutschlands, das Projekt Rücken AKTIV. Dieses Projekt im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement, von der Unfallkasse Berlin; dem Team Gesundheit der CityBKK und der Hans-Böckler Stiftung unterstützt. Kernpunkte des Projektes sind ein ganzheitlicher Ansatz, sowie die Arbeitsplatz- und Mitarbeiterorientierung.

### Ziele des Projektes

- Ergänzung bestehender Pflegekonzepte durch rückenstabilisierende Techniken
- Erlernen von belastungsadäquatem Selbsthilfeverhalten
- Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit fördern
- Verbesserung von Arbeitsorganisation und Kommunikation im Arbeitsalltag
- Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung

Für die Unternehmensleitung hat das Projekt einen hohen Stellenwert. Umfangreiche Personal- und Sachmittel wurden bereitgestellt. Erste Erfolge bestätigen, dass das Projekt mit seinen Ansätzen von den Mitarbeitern angenommen wird.

Nach über zwei Jahren Projektarbeit soll hier über den Weg zur erfolgreichen Zielerreichung, über Schwierigkeiten und erste Projektergebnisse berichtet werden.

### 1. Vorbereitungsphase

Die ersten Ideen für das Projekt entstanden schon Ende 2005 in Gesprächen zwischen den Betriebsärzten des Vivantes Institut für betrieblichen Gesundheitsschutz und der Unfallkasse Berlin. Für das aus den Ideen entstandene Konzept mussten Befürworter im Betrieb und zusätzliche externe Unterstützer gewonnen werden. Gründliche Vorplanung und Einbeziehung der verantwortlichen Führungskräfte, der Unternehmensleitung und des Betriebsrates bildeten die Grundlage für das Projekt.

Die Bereitstellung von Sach- und Personalressourcen war zwingende Vor-

aussetzung dafür. Für das Projekt wurden anfangs zwei, ab dem 2. Projektjahr drei Mitarbeiter freigestellt und qualifiziert sowie Räume und Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt.

Als Pilotbereiche wurden die Geriatrie und die Intensivstation ausgewählt. Die Belastungen in diesen Bereichen sind sehr unterschiedlich. Dies sollte später die Übertragbarkeit der Projektergebnisse auf andere Bereiche möglich machen. Erfahrungsgemäß sind auch die körperlichen Belastungen auf diesen Stationen noch höher als auf anderen Pflegestationen. Das Wenckebach Klinikum, sowie das Forum für Senioren konnten als Pilotbereiche für das Projekt gewonnen.

Als Lenkungs-gremium für das Projekt arbeitet eine Projektgruppe. Sie besteht aus der Projektleitung, Pflegedirektorin und Bereichspflegeleitung, Vertretern der Unfallkasse Berlin, dem Betriebsrat, Betriebsarzt, Sicherheitsingenieur und den Projektmitarbeitern. Die Arbeit in der Gruppe gestaltete sich anfangs schwierig und blieb bis heute zeitweise kontrovers. Die Ursachen dafür sind vielfältig und vielschichtig aufgrund unterschiedlicher Erwartungen, nicht eindeutig geklärtes Rollenverständnis und eine unzureichende Auseinandersetzung mit den Projektinhalten. Durch die immer wieder in den Vordergrund gestellte Zielorientierung wirkten sich solche Störungen jedoch nicht auf die Umsetzungsebene aus. Nur dadurch konnte das Projekt seinen positiven Verlauf nehmen. Für eine erfolgreiche Projektarbeit gilt es deshalb zu beachten:

- Jedes Projektgruppenmitglied übernimmt Verantwortung für die Realisierung aller Projektziele

- In der Arbeit der Projektgruppe spiegelt sich die Umsetzung des Projekts.
- Jeder Teilnehmer bringt sich aktiv (Konzeptentwicklung, Änderungsvorschläge, Veröffentlichungen) in die Arbeit ein.
- Termine, Vorgaben und Aufgaben werden fristgerecht wahrgenommen.
- Die Projektleitung das Projektgeschehen im Sinne der Zielerreichung und der Nachhaltigkeit der erreichten Ziele bewertet und rückmeldet.
- Die Projektmitarbeiter als „Dienstleister“ fungieren und ihren Aufgaben im Rahmen der Projektzielen verpflichtet sind.

## 2. Analysephase

Unter dem Motto: „**Den Rücken wichtig nehmen**“ und „**Belastungen wahrnehmen**“ wurde in dieser Projektphase das breite Spektrum möglicher Ursachen erfasst und Maßnahmen zur Beseitigung eingeleitet.

Zur Analyse wurden Fragebögen, Checklisten und Beobachtungsbogen erarbeitet. Mit deren Hilfe wurden die

- bestehenden Bewegungsmuster der Mitarbeiter durch die Rückencoachs (Physiotherapeuten/Projektmitarbeiter)
- zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und räumlich / technischen Bedingungen durch die Sicherheitsingenieure
- Belastungen am Arbeitsplatz mittels standardisierten Fragebogen (Team Gesundheit der CityBKK)

ermittelt und ausgewertet. Betriebsärztliche Untersuchungen im Sinne eines Wirbelsäulen-Screenings erfolgten zusätzlich.

Schon in dieser ersten Phase konnten viele Dinge „begradigt“ werden, die von den Mitarbeitern als nicht mehr lösbar angesehen wurden.

Von Anfang an war eine intensive Informations- und Aufklärungsarbeit sowie wiederholte Präsenz der leitenden Mitarbeiter und der Projektmitarbeiter vor Ort erforderlich. Es galt bestehende Ängste der Mitarbeiter abzubauen und zu motivieren, an der Befragung teilzunehmen und das Angebot der betriebsärztliche Untersuchung wahrzunehmen.

In der Mitarbeiterbefragung ergaben sich die höchsten Belastungen durch mangelnden Informationsfluss, Kommunikationsdefizite, sowie fehlende oder unzureichende technische Hilfsmittel.

## 3. Umsetzungsphase

Zu Beginn des Projektes wurden in den Pilotbereichen Arbeitsgruppen gebildet. Dort wurden, entsprechend der Analyseergebnisse aus den jeweiligen Pilotbereichen, Hypothesen zu Belastungsursachen aufgestellt sowie Lösungsvorschläge erarbeitet. Die zu reduzierenden Belastungen bezogen sich sowohl auf die rein körperliche, als auch auf die psychische Ebene. Diesbezüglich mussten Lösungen erarbeitet werden, die sowohl zu technischen, als auch organisatorisch-strukturellen, kommunikativen Verbesserungen führen. Es erwies sich nach kurzer Zeit als sinnvoll, dass die Pflegeleitung zeitweise an den Besprechungen teilnimmt, um Fragen zu beantworten und Maßnahmen zeitnah umzusetzen.

„**Selbstbeobachtung üben**“ und „**Verhalten ändern**“ sind weitere Kernforderungen der Projektphilosophie. In der Umsetzungsphase des Projektes wurden alle Mitarbeiter der Pileteinrichtungen in der Technik des Rückengerechten Patiententransfers (RPT) geschult. In relativ kurzer Zeit war es gelungen 150 Mitarbeiter eine zweitägige Basisschulung absolvieren zu lassen. Nur neun Kollegen konnten wegen Erziehungsurlaub, Schwangerschaft oder Krankheit nicht teilnehmen. Diesen Schulungen folgten Praxisschulungen im Arbeitsbereich des Mitarbeiters.

Um den o. g. Kernforderungen gerecht zu werden war und ist es erforderlich dass:

- die Mitarbeiter vor Einleitung der Maßnahmen ausführlich informiert und immer wieder erinnert werden an den Grundsatz „**Den Rücken wichtig nehmen**“. Es zeigte und zeigt sich immer wieder, dass dieser Punkt der entscheidende Faktor für den Erfolg darstellt.
- die Anwendung des Rückengerechten Patiententransfers ein „muss“ dar-

stellt, welches **regelmäßig** in den Sitzungen (Teamsitzung, Leitungssitzungen, Mitarbeitergespräche) thematisiert wird.

- die Mitarbeiter von ihren Leitungen unterstützt werden, in den dem Projekt zugeordneten Arbeitsgruppen, Belastungen, Schwierigkeiten zu nennen und an Lösungen zu arbeiten.
  - Multiplikatoren (besonders geschulte Mitarbeiter als Ansprechpartner im RPT) von den Leitungen unterstützt und ermutigt werden Kollegen anzusprechen
  - Strukturen und Informationspfade vorhanden sind, bzw. geschaffen werden, die ein lösungsorientiertes Denken und Handeln ermöglichen.
- Weitere Stationen wurden bereits im Oktober 2008 mit in das Pilotprojekt aufgenommen.

## 4. Bewertungs- und Weiterentwicklungsphase

Im Juni 2008 wurde nach 18 monatiger Projektlaufzeit eine Zwischenevaluation durchgeführt. Sie erfolgte mittels Befragung von 22 zufällig ausgewählten Mitarbeitern. Die durchgehend positiven Rückmeldungen bezogen sich sowohl auf Veränderungen des Arbeitsumfeldes, als auch auf Eigenwahrnehmung und individuelles Verhalten. Auch kann ein Sinken des Krankenstandes festgestellt werden.

Somit lässt sich schlussfolgern, dass die Instrumente des Projektes, rückengerechten Patiententransfer und Arbeitsgruppen, sowie die adäquate Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln geeignet sind, die im Projekt formulierten Ziele zu erreichen.

Für die Zielerreichung sind Voraussetzungen erforderlich, die im Projekt geschaffen wurden bzw. die in der letzten Projektphasen weiter ausgebaut und gefestigt werden. Dazu gehören:

- Individuelle Mitarbeiter Nachschulungen auf Wunsch des Mitarbeiters
- Der Mitarbeiter muss von den Leitungen immer wieder aufgefordert werden, Hilfestellung durch den Multiplikator anzufordern.

- Regelmäßiges Treffen der Multiplikatoren zum Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterstützung
- Multiplikatorentreffen mit den Rückencoachs zur Stärkung der Eigenkompetenz
- Multiplikatoren unterweisen Ihre Kollegen in den Teamsitzungen regelmäßig in einzelnen Transfertechniken.
- Fortsetzung der Arbeitsgruppen als Gesundheitszirkel.

Zwei Meinungen sollen hier beispielhaft für den Projektverlauf und die erzielten Ergebnisse stehen.

- Frau Hötzer, Pflegedirektorin Vivantes Wenckeback Klinikum:  
Das Projekt ist aus meiner Sicht als hervorragend zu bewerten. Die Schwierigkeiten, die sich in dem Projekt ergeben haben, waren durchaus als normale Probleme einzustufen und konnten durch eine intensive Motivationsarbeit, insbesondere auch des leitenden Personals, ausgeräumt werden. Zu keinem Zeitpunkt ist es zu größeren Störungen gekommen. Wir freuen uns sehr, dass es im Wenckeback Klinikum gelungen ist, alle Mitarbeiter zu schulen und das Projekt auf ein relativ sicheres Standbein zu stellen. Besonders hilfreich war die Unterstützung der Unfallkasse durch ihre vielfältige Erfahrung mit Projekten.
- Fr. W. Mitarbeiterin aus dem Forum für Senioren, Teichstraße 44 wurde befragt :

Wie erleben sie seit Beginn dieses Projektes den Pflegealltag auf ihrem Wohnbereich?

Auf jeden Fall positiv, nicht nur für mich auch für meine Kollegen. Ich gehe viel bewusster an das Bett/ Rollstuhl des Bewohners ran vor dem Lagern oder vor Transfers aller Art. Dadurch, dass viele Hilfsmittel z. B. mehr Lifter und Aufstehhilfen angeschafft wurden und Hilfsmittelschulungen stattfanden, benutzen wir inzwischen bei fast jedem vollständig immobilten Bewohner diese Hilfsmittel. Das zu zweit an einem „schweren“ Bewohner gearbeitet wird ist inzwischen die Regel geworden. Auch neue Kollegen und andere pflegerischen

Hilfskräfte werden angeleitet zu den Transfertechniken, vor allem wenn zu zweit transferiert wird. Probleme wie zum Beispiel die Pflegewagen, Lifter, Rollstühle über Zimmerschwellen schieben/heben, existieren nicht mehr, da auch dank unserer Projektgruppen-AG im Haus diese beseitigt wurden. Bis auf wenige Ausnahmen ziehen alle Kollegen an einem Strang auch wenn manche Mobilisation mal etwas länger dauert. Das schönste Erlebnis war gleich nach dem die Mitarbeiter geschult waren und die Transfertechniken erstmals ausprobiert wurden, wie unsere Bewohner deutlich weniger Angst vor und während den Transfers zeigten. Stecklaken zum leichteren Mobilisieren wurden angeschafft und werden auch genutzt. Bei körperlich schweren Bewohnern ist die Gleitfolie am Bett nicht mehr wegzudenken. Die Zahl der adipösen Bewohner ist im letzten halben Jahr stark angestiegen, speziell auf unserem Wohnbereich. Natürlich müssen wir uns täglich reflektieren beim Arbeiten und uns gegenseitig „ermahnen“ aber das klappt im Team ziemlich gut inzwischen und viele erlernte/ ungewohnte Bewegungen sind inzwischen in Fleisch und Blut übergegangen. Die Arbeit wird sicher nicht leichter dadurch, dass wir die erlernten Transfertechniken anwenden, aber durch die gemeinschaftlich rückengerechte Arbeitsweise gehen wir nach dem Dienst weniger „kaputt“ nach Hause und wir „spüren“ unseren Rücken nicht mehr so sehr.

Die Bewohner werden durch die angewendeten Transfertechniken zu Eigenbewegung/ Mithelfen – aktiven/ passiven Bewegungen angeregt. Sie fühlen sich sicherer (zeigen weniger Abwehr + Versteifungen) was am Ende für uns Pflegekräfte positiv zurückfällt“

### Zusammenfassung und Ausblick

Wesentliche Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Projektarbeit der letzten Jahre sollen ohne Wertung hier noch mal zusammenfasst werden.

### Was ist zu beachten?

- Die Unternehmensleitung ist Auftraggeber des Projekts und stellt Personal und finanzielle Mittel zur Verfügung
- Gründliche Vorbereitung sowie Überzeugung der Entscheidungsträger ist Voraussetzung für den Erfolg
- Schwierigkeiten im Lenkungsremium dürfen nicht auf die Umsetzungsebene durchschlagen
- Intensive Informationspolitik und Präsenz der Führungskräfte und Projektmitarbeiter vor Ort sind erforderlich
- Das Thema „rückengerechtes Arbeiten“ muss Bestandteil von Übergaben, Team- und Leitungssitzungen sein.
- Praxisschulungen sowie das Angebot von Nachschulungen müssen die Basiserschulung ergänzen
- Belastungen (körperliche und psychische) werden von den Mitarbeitern als Thema in den Gesundheitszirkel eingebracht.
- Die Lösungsvorschläge der Arbeitsgruppen müssen zeitnah umgesetzt werden

### Welche Ergebnisse wurden bisher erreicht?

- Hilfsmittel wurden beschafft, instandgesetzt, gereinigt sowie die Mitarbeiter damit geschult
- Beseitigung von Hemmnissen wie Türschwellen, anbringen von zusätzlichen Haltegriffen und Handläufen.
- Klärung von Schnittstellenprobleme wie Zuständigkeit Wäsche/ Mülltransport und -lagerung.
- Verbesserung räumlicher Bedingungen
- Wirkungen auf die Organisationsentwicklung und der Verbesserung der Teamarbeit
- Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und der Motivation der Mitarbeiter
- Verbesserung der Pflegequalität

Der Vivantes GmbH ist es gelungen mit dem Projekt „Rücken AKTIV“ Vorreiter zu sein in dem Bestreben, die Gesundheit seiner Mitarbeiter gezielt zu fördern. Dies ist eine Herausforderung für alle Pflegekräfte, Stations-, Heim-

und Pflegedienstleitungen und nicht zuletzt auch für die Auftraggeber und Kooperationspartner des Projekts. Kontinuität, Konsequenz sowie ein langer Atem sind erforderlich, um nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten. Im Mai 2009 ist die Abschlussevaluation geplant. Auf Grund der bereits vorliegenden positiven Ergebnisse hat die Konzernleitung beschlossen, in allen Kliniken schrittweise „Rücken AKTIV“ einzuführen. Dafür wurden Personal- und Sachmittel für die nächsten fünf Jahre eingeplant. □

*Verfasser:*

*Karin Gödecke,*

*Unfallkasse Berlin,*

*Culemeyerstraße 2, 12277 Berlin*

*Maria Peter-Saleh,*

*Projektleitung, Betriebsärztin im Vivantes*

*Institut für betrieblichen*

*Gesundheitsschutz,*

*Leitung Frau Dr. Diner,*

*Oranienburger Straße 285, 13437 Berlin*

## Meldungen

### Verschreibungspflicht neu geregelt

Ab sofort sind bestimmte Arzneimittel mit Paracetamol oder Johanniskraut rezeptpflichtig.

Seit dem 1. April 2009 sind Tabletten und Kapseln mit Paracetamol verschreibungspflichtig, wenn sie pro Packung mehr als zehn Gramm Wirkstoff enthalten. Arzneimittel mit Johanniskraut sind ebenfalls verschreibungspflichtig, wenn sie zur Behandlung mittelschwerer Depressionen zugelassen sind,

Die Neuregelung bei Paracetamol trägt dem Umstand Rechnung, dass im Falle einer Überdosierung häufig lebensbedrohliche Vergiftungszustände auf Grund von Leberschäden

auftreten. Die Neuregelung bei Johanniskraut erfolgt im Hinblick darauf, dass ein gewisses Suizidrisiko nicht ausgeschlossen werden kann. Johanniskraut-Präparate, die ausschließlich zur Anwendung bei leichten depressiven Zuständen zugelassen sind, können weiterhin rezeptfrei erworben werden. □

### Aktion „Wir gegen Viren“

Erkältungen, Magen-Darm-Infekte, aber auch lebensgefährliche Erkrankungen wie etwa eine Grippe, können durch Viren verursacht werden. Um den Infektionsschutz im Alltag zu verbessern, starten das Robert Koch-Institut RKI und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit die Aktion „Wir gegen Viren“. Die Aktion stellt die Verhaltensweisen vor, mit denen man sich uns andere besser vor Ansteckung schützen kann. Erster Schwerpunkt der Aktion ist das Händewaschen als zentrale Hygiene-Maßnahme im Alltag. „Im Rahmen der Begleitforschung hat sich gezeigt, dass die Motivation zum Händewaschen steigt, wenn den Menschen klar ist, wie schnell Viren durch Hände übertragen werden können. Deswegen haben wir die Händehygiene in einem Videospot thematisiert,“ erklärt Prof. Dr. Jörg Hacker, Präsident des Robert Koch-Instituts. Mehr auf der Internetseite [www.wir-gegen-viren.de](http://www.wir-gegen-viren.de) □

### Auskunftssystem zum Biomonitoring online

Das neu entwickelte Auskunftssystem der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA erleichtert Betriebsärzten und Arbeitsmedizinern die Durchführung von Biomonitoring, indem es bei der Recherche unterstützt.

Gemäß der Verordnung über die arbeitsmedizinische Vorsorge Arb-MedVV gehört Biomonitoring zu den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen von Beschäftigten, die Gefahrstoffen ausgesetzt sind. Dabei müssen anerkannte Analyseverfahren und Werte zur Beurteilung der Messergebnisse zur Verfügung stehen. Das neuentwickelte Biomonitoring-Auskunftssystem liefert hierzu die nötigen Informationen.

Mit einem Klick können die für einen bestimmten Gefahrstoff verfügbaren Untersuchungsparameter in biologischem Material, Analyseverfahren und Werte zur Beurteilung von Messergebnissen online abgefragt werden. Damit kann der Arzt schnell abklären, ob für einen bestimmten Gefahrstoff ein arbeitsmedizinisches Biomonitoring grundsätzlich möglich ist. Das Angebot wird laufend erweitert. Zurzeit lassen sich Biomonitoring-Informationen für über 1.000 Gefahrstoffe und Gefahrstoffgruppen im Auskunftssystem abrufen. Das Auskunftssystem ist zu finden unter [www.baua.de/biomonitoring](http://www.baua.de/biomonitoring). Die Nutzung ist kostenlos und erfordert keine Registrierung. □

### Weniger tödlich Arbeitsunfälle

Die Zahl der tödlich Arbeits- und Wegeunfälle ist hat im vergangenen Jahr einen neuen Tiefstand erreicht. Das geht aus vorläufigen Zahlen der Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen hervor.

Danach kamen insgesamt 1.046 Menschen bei der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit ums Leben. Das sind 76 weniger als im Vorjahr. Die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle lag bei 981.382, die Zahl der meldepflichtigen Wegeunfälle bei 176.329. Die Schüler-Unfallversicherung verzeichnete 1.324.440 Schulunfälle und 117.841 Schulwegeunfälle □

# Jahressteuergesetz 2009:

## Die Leistungen des Arbeitgebers zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind steuerlich absetzbar

Die Bundesregierung hat die Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Aufgabe im Focus. Es soll das Interesse der Arbeitnehmer aber auch der Unternehmer gestärkt werden, dass die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleiben. Als Anreiz hierfür wurde das Einkommensteuergesetz durch das Jahressteuergesetz 2009 ab 1. Januar 2009 geändert.

Durch das seit dem 01.01.2009 in Kraft getretene Jahressteuergesetz 2001 wurde § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) geändert. Durch die vorgesehene Steuerbefreiung sollen Arbeitgeber ihren Beschäftigten Maßnahmen auf der Grundlage der gesundheitsfachlichen Bewertungen der Krankenkassen anbieten. Hierunter fallen diejenigen Leistungen, die im Leitfaden „Gemeinsame Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V und § 20 a SGB V“ für die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgeführt sind. Dort sind folgende Handlungsfelder genannt:

- arbeitsbedingte körperliche Belastungen mit Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates,
- gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung,
- psychosoziale Belastungen, Stress mit Förderung individueller Kompetenzen der Stressbewältigung am Arbeitsplatz, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung,

- Suchtmittelkonsum mit Aktivitäten wie „rauchfrei im Betrieb“ oder „Nüchternheit am Arbeitsplatz“.

Leistungen dieser Primärprävention, wie die Durchführung von Kursen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol oder zur Förderung des Nichtrauchens, fallen demnach unter die Steuerbefreiung. Hierunter fallen auch Barleistungen, wie Zuschüsse des Arbeitgebers an seine Arbeitnehmer, die dies für externe Maßnahmen aufwenden. Insbesondere Arbeitgeber kleinerer oder mittlerer Unternehmen konnten bisher nicht in dem Maße wie große Unternehmen Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch eigenes Personal durchführen und sind daher auf externe Angebote angewiesen.

Es wird allerdings in der Gesetzesbegründung zum Jahressteuergesetz 2009 darauf hingewiesen, dass die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedsbeiträgen an Fitnessstudios und Sportvereinen nicht unter die neue Steuerbefreiung fallen und deshalb nicht begünstigt sind. Diese Arbeitgeberzuschüsse wären dann als steuerpflichtiger Lohn anzusehen.

**Damit Arbeitgeber bereits im Jahr 2008 entsprechende Initiativen ergreifen können, tritt die neue Steuerbefreiungsvorschrift mit einem Betrag von 500,- Euro im Kalenderjahr rückwirkend zum 1. Januar 2008 in Kraft. Das bedeutet, dass die genannten Leistungen bereits im Kalenderjahr 2008 steuerfrei gewährt werden.**

Dr. Annegret  
E. Schoeller  
Bundesärztekammer



### Fortbildungs-Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“

Möglicherweise ist die Steuererleichterung ein zusätzlicher Anreiz für Unternehmen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten. Dazu könnten dann auch u. a. Tabakentwöhnungskurse fallen. Speziell für solche Tabakentwöhnungskurse wurde ein Bundesärztekammer-Fortbildungs-Curriculum für Ärzte zum Erwerb einer Qualifikation zur Tabakentwöhnung entwickelt, die von den jeweiligen Landesärztekammern angeboten werden. Dies könnte möglicherweise auch für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte von Interesse sein, wenngleich es derzeit noch kein speziell ausgewiesenes Modul für Betriebsärzte zur Durchführung von Gruppenkursen beinhaltet ([http://baek.de/downloads/curriculum\\_tabakentwoehnung.pdf](http://baek.de/downloads/curriculum_tabakentwoehnung.pdf)).

Der Gesetzestext findet sich unter <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgb1f/bgbl108s2794.pdf> □

Dr. Annegret Schoeller  
Bundesärztekammer

# Arbeitsmedizinische Informationen im Internet



Dr. med. Dipl.-Chem. Gerd J. Enderle,

Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg ([enderle@samanet.de](mailto:enderle@samanet.de))

Arbeitsmedizinische Fachinformationen sind in großer Fülle im Internet abrufbar. Im Internet kann man jedoch auch viel Zeit verlieren! Die nachfolgende Adressensammlung soll Ihnen Hinweise für ein zielgerichtetes Recherchieren geben.

## Einige arbeitsmedizinisch interessante Adressen:

- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung:  
<http://www.dguv.de>  
*Vorschlag 1: Informieren Sie sich über Postadressen und Internetadressen der einzelnen Berufsgenossenschaften:* In der Übersichtsseite <http://www.dguv.de> klicken Sie auf „Berufsgenossenschaften/Unfallkassen“.  
*Vorschlag 2: Informieren Sie sich zum Thema „Lärm“:* In <http://www.dguv.de> klicken Sie auf „Prävention“, dann auf „Betriebsübergreifende Themen“, dann auf „Lärm“. Oder Sie suchen auf <http://www.dguv.de> (rechts oben) in der integrierten Suchmaschine.
- Nahezu das gesamte berufsgenossenschaftliche Regelwerk ist abrufbar unter <http://www.arbeitssicherheit.de/> <http://regelwerk.unfallkassen.de/>
- Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitssicherheit (BGIA) <http://www.bgia.de>  
Unter dem Stichwort „Gefahrstoffdatenbanken“ finden Sie das Gefahrstoffinformationssystem „GESTIS“. Es wurde von den Unfallversicherungsträgern gemeinsam geschaffen. GESTIS gibt umfangreiche Auskunft über physikalisch-chemische Daten, Umgangsregeln, gesetzliche Regelungen, Schutzvorkehrungen, Maßnahmen im Gefahrfall sowie Erste Hilfe.
- <http://www.gischem.de>  
Die BG Chemie hat eine sehr informative Datenbank über Gefahrstoffe mit entsprechenden Handlungsanweisungen ins Netz gestellt.
- <http://www.bgchemie.de/toxikologischebewertungen>  
Die BG Chemie hat für 244 wichtige Gefahrstoffe TOXIKOLOGISCHE BEWERTUNGEN erarbeitet.
- <http://www.corporate.basf.com/de/sustainability/mitarbeiter/arbeitsmedizin>  
Die Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz der BASF hat Medizinische Leitlinien bei akuten Einwirkungen von chemischen Substanzen entwickelt. Ca. 30 Leitlinien existieren jeweils in vier Versionen, nämlich für Ersthelfer, Rettungsassistenten und Notärzte/Ärzte vor Ort, Ärzte im Krankenhaus sowie für Patienten.
- <http://www.giftinfo.de/>  
Bei Vergiftungen können Sie z. B. das „Antidotarium“ konsultieren. Sie finden auch die Adressen aller Giftinformationszentralen.
- <http://www.bfr.bund.de/>  
Das Bundesinstitut für Risikobewertungen bringt viele Informationen zum Thema Vergiftungen u. a.  
*Vorschlag:* Gehen Sie auf „Vergiftungen“, dann „Broschüren und Faltblätter“, dort bekommen Sie die jährlichen „Ärztlichen Mitteilungen bei Vergiftungen“ im pdf-Format.
- <http://www.dguv.de/bgia/de/gestis/icsc>  
Eine weitere Datenbank (jetzt auch in deutscher Sprache) zum Thema „Gesundheitsgefahren durch Chemikalien“: International Chemical Safety Cards (ICSC).
- <http://www.gefahrstoffe-im-griff.de>  
In dieser sehr gut gestalteten Darstellung finden Sie alle wichtigen Informationen zum Thema Gefahrstoffe.  
*Vorschlag:* Gehen Sie auf „KomNet Online-Beratung“ und machen Sie sich mit diesem Beratungsangebot vertraut.
- <http://database.healthandenvironment.org/index.cfm>  
Kann eine bestimmte Erkrankung durch Gefahrstoffeinwirkung verursacht sein? Ist eine entsprechende Verdachtsanzeige begründet? Die CHE Toxicant and Disease Database gibt Informationen zum Zusammenhang zwischen Chemikalienexposition und ca. 180 verschiedenen Erkrankungen. Die Suche kann ausgehend von einer bestimmten Erkrankung nach möglichen verursachenden Chemikalien erfolgen. Der Grad der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnis („Evidenzgrad“) ist ebenfalls angegeben.
- <http://www.dimdi.de>  
*Vorschlag:* Gehen Sie auf „Datenbankrecherche“, dann „Datenbanken A-Z“. In der Datenbank „Chemikalien und Kontaktallergene“ sind kostenfrei Informationen zu 244 Kontaktallergenen abrufbar.

- Die Internet-Präsentation der DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin) findet man unter <http://www.dgaum.de/>  
*Vorschlag:* Informieren Sie sich über die „Leitlinien der Arbeitsmedizin“ sowie über die Adressen der arbeitsmedizinischen Universitätsinstitute und Akademien.
- Die DGAUM-Leitlinien findet man auch unter <http://leitlinien.net/>  
Gehen Sie auf „Leitlinien nach Fächern“, dann „Arbeitsmedizin“
- Die Internet-Darstellung des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werkärzte e.V. (VDBW): <http://www.vdbw.de>  
*Vorschlag:* Informieren Sie sich über „Aktuelles“.
- <http://www.betriebsaerzte.de/>  
Diese Seite des VDBW bietet der Öffentlichkeit Informationen zur Bestellung eines Betriebsarztes und Kontakte zu Betriebsärzten in der Region. Hier können Sie sich eintragen lassen, sobald Sie über die arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen.
- Sie suchen eine Stelle für einen Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner? Dies können Sie bequem beim Deutsches Ärzteblatt recherchieren: <http://www.aerztestellen.de>  
Dort auf „Stellenangebote“. In der Suchmaske können Sie Ihr ärztliches Fachgebiet und Ihre Region eintragen und bekommen dann die entsprechenden regionalen Stellenangebote.
- <http://www.bundesarztekkammer.de>  
Gehen Sie auf den Reiter „Ärzte“, dann auf „Ambulante Versorgung“, dann auf „Arbeitsmedizin“. Die Bundesärztekammer hat hier zum Thema Gebührenordnung, Qualitätssicherung, Musterverträge einige wertvolle Informationen zusammengetragen.
- Die Zeitschrift ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin – finden Sie unter <http://www.asu-arbeitsmedizin.com/>  
*Vorschlag:* Gehen Sie ins „Archiv“ und recherchieren Sie z. B. nach „Pandemieplanung“.
- <http://www.occup-med.com/home>  
Das Journal of Occupational Medicine and Toxicology ist ein arbeitsmedizinisches Internet-Journal in englischer Sprache.
- Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hält unter der Adresse <http://www.baua.de> ein großes Informationsangebot bereit, über das auch alle wesentlichen Institutionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz erreichbar sind.  
*Vorschlag:* Gehen sie auf „Suchen“, es erscheint ein Suchfeld mit blinkendem Cursor. Geben Sie das Wort „Mineralfasern“ ein, drücken Sie „Suchen“ und schauen Sie die verschiedenen Informationen an.  
Unter <http://www.baua.de/prax/bk/index.htm> finden Sie die amtlichen Merkblätter und wissenschaftlichen Begründungen zu den Berufskrankheiten.  
*Vorschlag:* Gehen Sie auf „Informationen für die Praxis“, dann auf „Handlungshilfen“, dann auf „Toolbox – Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen“.

Fortsetzung nächste ASUpraxis

## Krankenhäuser besser ausstatten

„Untersuchungen belegen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung in den Krankenhäusern und Krankenhausinfektionen besteht. Deshalb ist es notwendig, die Krankenhäuser im Kampf gegen Infektionen ausreichend personell auszustatten und zu finanzieren“, forderte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg Hoppe anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zum Antrag der Fraktion Die Linke zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen.

Hohe Arbeitsbelastung, der damit verbundene Zeitmangel und die zunehmenden Dokumentationspflichten führten teilweise zu Widerständen der Klinik-Beschäftigten bei der Umsetzung von Infektionsprävention. Darauf weist bereits der derzeit in Bearbeitung befindliche Empfehlungsentwurf der Krankenhaushygiene-Kommission des Robert Koch-Instituts hin.

Auch eine Erweiterung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz sei nur sinnvoll, wenn die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes finanziell gestärkt werden, um Krankenhausinfektionen zu verhüten und zu bekämpfen. □

### 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  
Dr. med. M. Vollmer  
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