

Editorial

Und es war Sommer...

war das schön – nach Deregulationsnebeln und intermittieren-dem Blitzeis an der Verhandlungsfront (das Wort „Front“ sei hier aus semantischen Gründen erlaubt) hat die Arbeitsmedizin in den letzten Jahren eine ungeheure politische Aufwertung erfahren.

Auf EU-Ebene wurde ein übergeordnetes EU-Ziel „zur Förderung des Wohls der Bürger“ geplant. Diese Zielsetzung beinhaltet eine verstärkte Investition in Gesundheitsförderung und Prävention: „Besondere Beachtung verdient das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz, denn Fragen des Arbeitsschutzes bestimmen die Gesamtsituation der öffentlichen Gesundheit entscheidend mit. Dabei wird es auch in Zukunft um Probleme wie Arbeitsunfälle gehen, doch spielen auch andere Faktoren eine wichtige Rolle für die Förderung der öffentlichen Gesundheit und rechtfertigen es, den Arbeitsschutz besonders in den Vordergrund zu rücken: neue Arbeitsrhythmen, neue Technologien am Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, berufliche Mobilität und Stress.“

Der demografische Wandel verändert „die Erkrankungsmuster und belastet die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in der EU. Die Förderung der Gesundheit im Alter bedeutet sowohl, die Gesundheit über die gesamte Lebensspanne hinweg zu fördern und gesundheitlichen Beschwerden und Behinderungen frühzeitig vorzubeugen als auch sozial, wirtschaftlich und umweltbedingte gesundheitliche Benachteiligungen zu beheben.“ ... „Dies ist mit dem Wohlstand und der Sicherstellung einer wettbewerbsfähigen und nachhaltigen Zukunft für Europa, einem allgemeinen strategischen Ziel der Kommission, verbunden.“

Worte wie warme Sonnenstrahlen. Weise wird über den Teller- rand der Prävention von Unfallversicherungsrisiken die Bedarfsgerechtigkeit arbeitsmedizinischer Prävention (mit einem ihrer Kernelemente – der betrieblichen Gesundheitsförderung) erkannt und übergreifend thematisiert. Ja, sogar die Bedeutung der „Förderung der Tätigkeit von Arbeitsmedizinern und Anreize zur Aufnahme einer arbeitsmedizinischen Tätigkeit“ wird EU-politisch hervorgehoben.

Parallel wurde in Deutschland die Prävention neu entdeckt: Eine „vierte Säule Prävention“ sollte – unter Herausstellung des ‚Präventionssetting Betrieb‘ – errichtet werden. Wobei das Potenzial der Integratoren von Prävention/Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – den Betriebsärzten – entsprechend genutzt werden sollte. Dies unterstrich die Bundesgesundheitsministerin nicht zuletzt als Gastrednerin auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. im März diesen Jahres.

Inhalt

Editorial

Die Arbeitsmedizin – so Dr. med. Andreas Tautz – hat in den vergangenen Jahren eine ungeheure politische Aufwertung erfahren. Es gibt inzwischen den Ausschuss für Arbeitsmedizin im BMAS und auf europäischer Ebene werden neue Signale gesetzt. Jetzt – so Tautz – ist die gemeinsame Mitarbeit aller Gremien gefragt **97**

Praxis

Was ist im Betrieb im Falle einer Pandemie bei der Ausgabe von antiviralen Arzneimitteln zu beachten **99**
Entwurf der DGUV A2: Zeitgemäßes BGM durch Betriebsarzt erschwert **101**
Rehabilitation und Arbeitswelt rücken näher zusammen **102**
Was macht die Arbeitsmedizin so besonders **105**

Service

Allgemeine Gesundheitsvorsorge – welche Instrumente stehen zur Verfügung? **107**
Kommunikation ist Pflicht bei der Firma Rasselstein in Andernach **109**

Nachrichten

Das neue Europäische Parlament **111**

Impressum

112



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

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sekundierte mit einer unmittelbar an die siebziger Jahre („Humanisierung der Arbeit“) anknüpfenden Initiative „Für eine neue Kultur der Arbeit“, initiierte Wettbewerbe, Netzwerke, Initiativen, präsentierte eine spannende neue Kennzahl zur Unternehmensbewertung – den Human Performance Indicator – und postulierte, dass der „Bedarf an Arbeitsmedizin“ steige.

Zum Zwecke der unmittelbaren Politikberatung wurde im BMAS ein (fast revolutionär zu nennender, da nahezu ausschließlich mit Arbeitsmedizinern besetzter) Ausschuss für Arbeitsmedizin gegründet, u. a. mit Ziel der Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzbarkeit, bzw. zur Umsetzung konkreter Maßnahmen, im Hinblick auf die, an die Rolle der Arbeitsmedizin und damit an das Ministerium gestellten Erwartungen, inklusive einer Synchronisierung der unterschiedlichsten Arbeits- und Projektgruppen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hielt Plädoyers für die betriebliche Gesundheitsförderung, denn „viele Probleme stammen aus dem privaten Umfeld und vom Arbeitsplatz“, und schlug, offensichtlich mitgerissen durch den allgegenwärtigen Präventionsenthusiasmus, eine grundlegende Reform der Einsatzzeiteinstellung vor – ein gleichzeitiger Stundenansatz (50 % Arbeitssicherheit – 50 % Arbeitsmedizin) sollte eine systematische Präventionsarbeit in den Unternehmen vorantreiben.

Genug der Endorphine. Hatte der Zuschauer eben noch in die Sommersonne geblinzelt und sich vor Freude über den plötzlichen Erkenntnisgewinn, gepaart mit ein wenig Rührung, die Augen gerieben, so dauerte es nicht lange, bis einige Berufsgenossenschaften ihrer Verbandsführung die rote Beharrlichkeitskarte zeigten und durch diese nun die gegenseitige Kannibalisierung der Sicherheitsingenieure und Betriebsärzte gepredigt wird.

Denn die Einsatzzeiten sollen nun nach Gefährdungsklassen (besser „Unfallversicherungsrisikoklassen“) der Unternehmen, unter weitgehender Beibehaltung des Status Quo festgelegt werden. Die – einseitigen – Bewertungskriterien sind bekannt: Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen. Neu dagegen ist der Vorschlag, dass die Unternehmen nun selber festlegen sollen, wie sie das Verhältnis der Disziplinen zueinander gestalten wollen. Lediglich ein 20-prozentiger Basisanteil einer Disziplin ist sicherzustellen. Also auf in den Kampf. Ein Schelm ist, wer daran denkt, dass in einigen Unternehmen kurzfristige monetäre Interessen bei der Verteilung der Einsatzstundenzeiten zwischen den Disziplinen – befeuert durch entsprechende überbetriebliche „Dienstleistungs“-Angebote – eine Rolle spielen könnten.

Schon zogen sich am Horizont die Wolken zusammen und es wurde merklich kühler. Denn, was man verdrängt hatte, fiel nun wieder ein. Beispielsweise die Erkenntnis, dass sich die EU-politischen Positionen zur Präventionspolitik in Deutschland – interessanter Weise auf keiner Seite, der an der deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik beteiligten Selbstverwaltungsorgane durchgesetzt haben. So wurde z. B. die EU-Richtlinie „über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“, trotz entsprechender Beispiellurteile des europäischen Gerichtshofs gegen die Niederlande und Österreich, bis heute nicht ausreichend konkret in der Deutschen Arbeitsschutzgesetzgebung abgebildet. Und der so oft zitierte „organisierte Ablasshandel“ auf dem Gebiet arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer

Dienstleistungen wird fortgesetzt in weiten Teilen des deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems geduldet.

Die einer herben EU-politischer Kritik am deutschen Arbeitsschutzsystem geschuldete „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“ steht als Mahnmal eines gescheiterten integrativen präventionspolitischen Ansatzes einem nicht verabschiedeten Präventionsgesetz gegenüber.

Was von der Gesundheitsreform geblieben ist, hat zu einer Verschiebung des Augenmerks von „Prävention“ auf „Versorgung“ geführt. Standen unlängst noch die Krankenkassen mit niedrigen Präventionsausgaben im Zentrum der Kritik, so teilt das Bundesgesundheitsministerium den Krankenkassen nun unmissverständlich mit, dass im Hinblick auf Präventionsausgaben „kein Freibrief“ für erhebliche Überschreitungen nach oben ausgestellt wurde. Unter dieser Prämisse droht das Bundesversicherungsamt im Einzelfall dann auch gleich mit einer „Überwachung“ der „Präventionsausgaben im Haushaltsvollzug“. Was immer das heißen mag – es klingt nicht gut (schon mal gar nicht für die betriebliche Gesundheitsförderung).

Und hatte das BMAS nicht gerade noch einen steigenden Bedarf an Arbeitsmedizinern konstatiert? Dem gegenüber steht ein eklatanter Arbeitsmedizinermangel, der nicht zuletzt einem bildungspolitisch geduldeten und z. T. aktiv angeschobenen Lehrstuhlsterben geschuldet ist (was die WHO in anderen Ländern schon zu einem pragmatischen Modellprojekt zur Qualifikation von Betriebskrankenschwestern als Ersatz für fehlende Arbeitsmediziner geleitet hat).

Reichlich ernüchternd, aber noch kein Grund, um in eine vorgezogene Winterdepression zu verfallen, denn der Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) im BMAS hat gerade erst seine Arbeit aufgenommen und die EU-politischen Signale deuten auf die Entschlossenheit des zuständigen Kommissars Vladimir Spidla hin, eine nachhaltige europäische Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik – unter Hinzuziehung der arbeitsmedizinischen Kompetenz – verankern zu wollen.

Wir haben die Chance diesen Prozess zu beeinflussen – durch persönliches Engagement in den Arbeitsgruppen des AfAMed, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen und Mitarbeit in ihren Selbstverwaltungsgremien sowie insbesondere aktive Mitarbeit in der arbeitsmedizinischen Verbands- und Gesellschaftspolitik.

Gemeinsam haben die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltschutz e. V. und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte in den letzten Jahren die Bedeutung der Arbeitsmedizin als Basis der Präventivmedizin hervorgehoben und dafür breite Anerkennung erhalten.

Der erste Schritt, um diese – gerade in der aktuellen Situation existentiell wichtige – Arbeit fortzuführen, ist die Unterstützung beider Gremien durch Ihre Mitarbeit und Ihre Mitgliedschaft.

Dann kann aus dem lauen Sommer noch ein heißer Herbst werden.

Beste Grüße

Ihr

Andreas Tautz

PS.: Bei Fragen – bitte schreiben Sie mir.

Ausgabe von antiviralen Arzneimitteln

Was ist im Betrieb im Falle einer Pandemie zu beachten?

Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin
Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer



Bund und Länder beabsichtigen nach derzeitigem Stand, zur Postexpositions- und Langzeitprophylaxe bei einer Influenzapandemie antivirale Arzneimittel zur Therapie für 20 % der Bevölkerung zu bevorraten. Sie haben aber durch eine Gesetzesänderung dem Arbeitgeber ermöglicht, selbst für seine Beschäftigten antivirale Arzneimittel zu bevorraten.

Durch die Einführung des § 47 Abs. 1 Nr. 5 Arzneimittelgesetz (AMG) ist die Bevorratung antiviraler Arzneimittel, außer durch öffentliche Apotheken, auch in bestimmten Fällen mittels zentraler Beschaffungsstellen möglich. Diese „zentralen Beschaffungsstellen“ können auch Unternehmen/Betriebe sein. Voraussetzung für den Bezug von antiviralen Arzneimitteln für die Betriebe ist, dass sie als „zentrale Beschaffungsstellen“ von der zuständigen Behörde anerkannt sind und dass die Arzneimittelbeschaffung dem in § 47 Abs. 2 Satz 1 AMG genannten Zweck dient, indem das Unternehmen diese Arzneimittel nur für den eigenen Bedarf im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgaben beziehen darf (1). Darüber hinaus muss der Betrieb die im § 47 Abs. 2 Satz 2 AMG genannten Anforderungen erfüllen, indem er nachweisen muss, dass die Vorräte unter fachlicher Leitung eines Apothekers stehen und geeignete Räume und Einrichtungen zur Prüfung, Kontrolle und Lagerung der Arzneimittel vorhanden sind. Insbesondere international agierende Konzerne wie Banken oder Autohersteller haben bereits Pandemiepläne erstellt und auf dieser rechtlichen Grundlage antivirale Arzneimittel bevorratet.

Der Gesetzgeber sieht jedoch keine Bestimmung vor, die die Vergabe antiviraler Arzneimittel im Betrieb regelt, insbesondere, wenn eine Krisensituation entsteht. Hier bestehen derzeit nur Empfehlungen von Bund und Länder, wie z. B. in den Anhängen des nationalen Pandemieplanes (2) oder von der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (3–4).

Zur Gewährleistung einer sachgemäßen Anwendung ist anzuraten, dass der Arbeitgeber dem Betriebsarzt nicht nur die Verordnung der antiviralen Arzneimittel zur Postexpositions- und Langzeitprophylaxe überträgt, sondern auch die Verabreichung der antiviralen Arzneimittel.

Was ist jedoch zu tun, wenn der Betriebsarzt/die Betriebsärztin in der Krisensituation nicht im Betrieb sein kann? Dies ist insbesondere der Fall bei der Betreuung von Kleinbetrieben. Wie könnte vorgegangen werden, damit ein besonnener Umgang mit antiviralen Arzneimitteln in dieser Situation vonstattengehen kann?

Unsere folgende Einschätzung basiert darauf, dass diese Maßnahmen nur in Notstandssituationen zu ergreifen sind. Das Ausrufen der Phase 6 nach derzeitiger Definition der WHO reicht nicht aus.

Ärztliche Erstversorgung

Während einer Influenzapandemie, die einen schweren Verlauf nimmt, muss davon ausgegangen werden, dass wegen Überlastung der ambulanten und stationären Gesundheitsstrukturen die Ver-

sorgung der Beschäftigten im Krankheitsfall am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle spielen wird.

In großen Betrieben mit angestellten Betriebsärzten wird der betriebsärztliche Dienst die ärztliche Erstversorgung vornehmen können. Dies bedeutet, dass bei Erkrankung eines Beschäftigten am Arbeitsplatz er mit den notwendigen Arzneimitteln versehen wird. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, da von einer pandemiebedingten Einschränkung bei der ambulanten ärztlichen Versorgung der Patienten auszugehen ist.

Behandlung eines neu Erkrankten

Die Ausgabe von Arzneimitteln durch das medizinische Personal im Betrieb über eine sog. Betriebsärzte-Hotline ist haftungsrechtlich bedenklich. Nach heutigem Stand übernehmen die Haftpflichtversicherungen keine Haftung für eventuelle Schäden. Dies betreffe sowohl die Ärzte und Ärztinnen als auch die beauftragten Mitarbeiter. Diesbezüglich müsste zunächst die Rechtslage analysiert und ggf. Regelungen mit den Versicherungen oder durch den Gesetzgeber geschaffen werden, damit eine solche Handhabung auch abgesichert ist. Eine Information darüber ist für alle Beteiligten elementar.

Im Kriegsfall oder in Krisensituationen kommt es zur Herabsetzung der Standards, allerdings keinesfalls zu einer völligen Aufhebung rechtlicher und ethischer Regeln (5–6). Im Vorfeld einer Pandemie ist es sicherlich ratsam, im Rahmen von Informationsveranstaltungen die Arbeitnehmer und das medizinische Fachpersonal zu schulen. Zudem ist die Abfassung und die Ver-

teilung eines Flyers zu antiviralen Arzneimitteln, insbesondere zu Wirkungen und Nebenwirkungen, im Vorfeld einer Pandemie anzuraten, damit die Mitarbeiter bzw. Beschäftigten aber auch das Fachpersonal aufgeklärt sind.

Zudem könnte erwogen werden, dass beispielsweise Betriebe mit Apotheken kooperieren, indem Apotheker im Betrieb die Arzneimittel abgeben und die Mitarbeiter beraten, wenn der Betriebsarzt diese Aufgabe nicht übernehmen kann. Bezüglich der Kleinbetriebe könnte überlegt werden, die antiviralen Arzneimittel in Apotheken zu bevorzugen und dort auch ausgeben zu lassen.

Herausgabe von Arzneimitteln zur Langzeitprophylaxe

Aus rechtlicher Sicht könnten die Anforderungen an die Aufklärung bei Empfängern von Langzeitprophylaxe höher sein als für den oben genannten Personenkreis der neu Infizierten, weil die Einnahme antiviraler Arzneimittel auch „fremdnützig“ ist.

Ein gesunder Mensch soll durch die Einnahme von antiviralen Arzneimitteln in Form einer Langzeitprophylaxe billiger die Nebenwirkungen eines antiviralen Arzneimittels in Kauf nehmen, um andere Rechtsgüter, z. B. die Stromversorgung, die öffentliche Sicherheit, die Gesundheit der Bevölkerung etc., sicherzustellen. Wir verweisen auf die Vorgehensweise, die oben angedacht wurde.

Im Vorfeld einer Pandemie müssten die betreffenden Personen besonders aufgeklärt werden. Die Entgegen- und Kenntnisnahme sollte bestätigt werden. Sollte sich ein Mitarbeiter in der Folge weigern, die Arzneimittel einzunehmen, ist dies zu akzeptieren und darf nicht zu Sanktionen durch den Arbeitgeber führen. □

Dr. Annegret Schoeller
Fachärztin für Arbeitsmedizin /
Umweltmedizin
Bereichsleiterin Dezernat 5
Pandemiebeauftragte
Bundesärztekammer

Literatur

- [1] Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG): http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf. Ausfertigungsdatum: 24. August 1976; BGBl I 1976, 2445, 2448; neugefasst durch Bek. v. 12. 12. 2005, BGBl I 3394; zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 24. 10. 2007, BGBl I 2510, zuletzt geprüft: 30. November 2007.
- [2] Robert Koch-Institut: Nationaler Influenzapidemieplan – Teil III: Wissenschaftliche Zusammenhänge der Pandemieplanung in Deutschland: www.rki.de. Hier Anhänge, Stand: Mai 2007.
- [3] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Saisonale Influenza, Vogelgrippe und potenzielle Influenzapandemie: Empfehlungen zum Einsatz insbesondere von antiviralen Arzneimitteln und Impfungen. Stand: 29. 11. 2005. Unter Mitwirkung einer

Arbeitsgruppe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 3444–55.

- [4] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Empfehlungen zum Einsatz antiviraler Arzneimittel für die Postexpositions- und Langzeitprophylaxe während einer Influenzapandemie. Stand: 14. 11. 2007. Unter Mitwirkung einer Arbeitsgruppe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 3571–81.
- [5] Annas: Changing the consent rules for Desert Storm. The New England Journal of Medicine 1992, S. 770; Gunby, Informing of investigational drugs, devices JAMA 1995, 276.
- [6] E. Deutsch: Impfversuche in den Zeiten der Vogelgrippe – Juristische Probleme bei der klinischen Prüfung neuer Impfstoffe zu ansteckenden Krankheiten, in VersR, Heft 10, 01. 04. 2007, S. 425–480

Für erhöhte Impfungsrate

Die Europäische Kommission hat am 8. Juli 2009 einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Impfung gegen die jährliche Grippe vorgelegt. Darin werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, 75 % der älteren Bevölkerung (in der Regel ab 65 Jahre) und 75 % der chronisch kranken Menschen jedes Jahr impfen zu lassen. Die Mitgliedstaaten sollen das Ziel bis zum Jahr 2015 verwirklicht haben. Die Europäische Kommission verfolgt mit dem Papier zwei Ziele: Zum einen möchte sie die Krankheitslast der saisonalen Grippe bekämpfen. Zum anderen plant sie, die Produktionskapazität der Grippe-Impfstoffe in der Europäischen Union anzupassen. Im Falle einer Pandemie könnten die Impfstoffhersteller dann die nötigen Impfstoffmengen bereit stellen.

Die Europäische Kommission schlägt folgende Maßnahmen vor:

- Sicherstellung eines nationalen Aktionsplans zur Anhebung der Impfungsrate bei Risikogruppen
- Beschreibung der durchzuführen Maßnahmen (Möglichkeiten zur Verbesserung der Durchimpfung von Risikogruppen, eingesetzte Methoden zur Messung der Durchimpfung, Schulung und Informa-

tion von Beschäftigten des Gesundheitswesens, Aufklärung der Risikogruppen)

- Bericht an die Kommission zur Durchführung der nationalen Aktionspläne bis zum 31. Mai des Jahres, welches auf die Annahme der Empfehlung folgt

Weiterhin führt die Europäische Kommission in ihrer Empfehlung aus, dass die Impfung gegen die saisonale Grippe zwar nicht in die ausschließliche Zuständigkeit der Gemeinschaft falle. Die Gemeinschaft kann jedoch tätig werden, wenn Maßnahmen wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen die Ziele besser auf Gemeinschaftsebene als auf Ebene der Mitgliedstaaten verwirklichen.

Der Vorschlag baut auf der Entschließung der Weltgesundheitsversammlung (WHA) aus dem Jahr 2003 und den Entschließungen des Europäischen Parlaments von 2005 und 2006 über die Bereitschafts- und Reaktionsplanung mit Blick auf die Grippepandemie auf. Den Link zur Empfehlung finden Sie unter: http://ec.europa.eu/deutschland/pdf/comm_native_080709.pdf □

Dr. Annegret Schoeller

Meine Meinung

Zurück in die 70er?**Entwurf der DGUV A2: Zeitgemäßes BGM durch Betriebsarzt erschwert**

Längst sind Betriebsärzte nicht mehr stille Untersucher in betrieblichen Hinterzimmern und unauffällige Begleiter bei Begehungen, sondern aktive Gestalter im Betrieb. Sie entwickeln Präventionskonzepte und setzen sie um. Sie leiten den Arbeitskreis Gesundheit oder gehören ihm an, moderieren Gesundheitszirkel und initiieren Maßnahmen zur altersgerechten Arbeit, sind Mitglied von Krisenstäben zur Pandemie, organisieren gezieltes Gesundheitsmanagement und psychische Gefährdungsbeurteilungen.

Eine Vielzahl von Aufgaben also – da ist das Vorhaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zu begrüßen, die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten neu zu ordnen.

Wer in dieser Situation indes gehofft hatte, eine neue Unfallverhütungsvorschrift DGUV A2 (Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit) würde der zentralen Rolle des Betriebsarztes im Rahmen eines zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitsmanagements Rechnung tragen, muss durch den vorliegenden Entwurf enttäuscht sein.

Dass die Reform nun verschoben worden ist und erst zum 1. Januar 2011 kommen soll, gibt Zeit und Raum für Verbesserungen.

Dabei muss aus betriebsärztlicher Sicht folgendes vor allem berücksichtigt werden:

Starre Einsatzzeiten können keine Grundlage für zeitgemäße betriebsärztliche Tätigkeit mehr darstellen. So flexibel die Anforderungen an alle Beteiligten im Betrieb sind, so anpassungsfähig muss auch der Einsatzrahmen für den Betriebsarzt sein, der kein Beratungspensum abzarbeiten, sondern als Manager zur Gesunderhaltung und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter aktiv beizutragen hat.

Der vorliegende Entwurf sieht vor, dass die Einsatzzeit von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten gemeinsam definiert und auf Unternehmensebene aufgeteilt wird. Dabei lässt der Entwurf zu, dass die Einsatzzeit für eine der beiden Disziplinen auf bis zu 20 % der gemeinsamen Einsatzzeit reduziert wird. Eine solch weit gehende Einschränkung betriebsärztlicher Einsatzzeiten entspricht den vielfältigen Anforderungen an einen qualifizierten Betriebsarzt genauso wenig wie der geringere Zeiteinsatz von 0,2 h/a für die betriebsärztliche im Vergleich zu 0,3 h/a für die sicherheitstechnische Grundbetreuung.

Der demografische Wandel und alternde Belegschaften stellen ein qualifiziertes betriebliches Gesundheitsmanagement vor große Herausforderungen. Deshalb muss eine

neue DGUV A2 dem erhöhten betriebsärztlichen Betreuungsbedarf ab dem 40. Lebensjahr in besonderer Weise Rechnung tragen. Klassische betriebsärztliche Aufgaben wie Arbeitsplatzgestaltung oder betriebliches Eingliederungsmanagement erfordern bei dieser Beschäftigtengruppe einen höheren Aufwand, dem durch einen Zuschlag auf die betriebsärztliche Einsatzzeit für ältere Beschäftigte Rechnung getragen werden sollte.

Weiterhin ist bei der Neuformulierung der DGUV A2 zu berücksichtigen, dass sich ungezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung als weitgehend nutzlos hinsichtlich des Erhalts der Gesundheit am Arbeitsplatz herausgestellt haben. Stattdessen nimmt eine moderne Gefährdungsbeurteilung nicht nur die physikalischen, chemischen und biologischen Belastungen, sondern eben auch die subjektiven Wahrnehmungen der Beschäftigten und ihre Ressourcen in den Blick. Eine solche Beurteilung auch psychosozialer und psychomentaler Faktoren führt im wesentlichen der Betriebsarzt durch. Weil sie sich bewährt hat, ist die darauf aufbauende zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung ein wichtiges Element zeitgemäßer betriebsärztlicher Tätigkeit und als solches in einer künftigen DGUV A2 zu verankern.

Weiterhin sollte eine DGUV A2 bei dem Einsatzzeitrahmen Öffnungsklauseln für besonders indizierte, zeitaufwändige Fälle wie schwere psychische oder Suchterkrankungen enthalten und bei der Eingruppierung der Grundbetreuung nicht die hergebrachten Maßstäbe wie Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sondern zeitgemäße Kriterien berücksichtigen.

Aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar wäre auch eine Reduzierung der Betreuungszeit von Teilzeitbeschäftigten gegenüber Vollzeitkräften.

Schließlich sollten bei der grundsätzlich zu begrüßenden Degression der Einsatzzeiten bei Betrieben mit vielen Beschäftigten nicht allein quantitative Bedingungen wie die Zahl der Mitarbeiter, sondern vor allem qualitative Aspekte wie z. B. das Vorhandensein eines gut ausgebauten betrieblichen Gesundheitsmanagements maßgeblich sein.

Vielfach sind Betriebsärzte schon heute vorbildliche Gesundheitsmanager im Betrieb. Die künftige DGUV A2 sollte dahinter nicht zurückbleiben. □

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

WeB-Reha: Rehabilitation und Arbeitswelt rücken näher zusammen

Die DRV Rheinland lud am 17. Juni 2009 zum Erfahrungsaustausch zwischen Werks- / Betriebs- und Reha-Ärzten ein.



Dr. med.
Rolf Hess-Gräfenberg

Die Ärztekammer Nordrhein hat vor 5 Jahren zusammen mit der DRV Rheinland ein gemeinsames Kooperationsprojekt, das Projekt „Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit der DRV Rheinland in Rehabilitationsangelegenheiten“ kurz „WeB-Reha“ ins Leben gerufen.

Dabei orientiert sich die Zusammenarbeit an den Zielen der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen „Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller Beteiligten Akteure nach § 13 Abs 2 Nr. 8 u. 9 SGB IX“, in der sich die Rehabilitationsträger verpflichten, die Haus-, Fach-, Werks- und Betriebsärzte frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einzubinden. Als Ergebnis der Kooperation soll der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben unter Würdigung der durch Krankheit gewandelten Fähigkeiten erreicht werden.

Das Angebot richtete und richtet sich vor allem an Werks- und Betriebsärzte, die aufgrund ihrer besonderen (Schlüssel)-Stellung und Kompetenzen im Betrieb, eine wichtige Weichenstellung bei der Identifikation von Reha-Bedarf sowie der Ausrichtung der Rehabilitation auf die Besonderheiten des Arbeitsplatzes besitzen. Ihnen kommt damit eine wichtige Übersetzerfunktion zu, die einen möglichst intensiven Informationstransfer zwischen Haus-, Fach- und Reha-Ärzten auf der einen sowie betrieblichen Entscheidungsträgern auf der anderen Seite initiieren, befördern und unterhalten kann. Betriebs- und Werksärzte können damit einen

wichtigen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und für eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben unter Würdigung der durch Krankheit gewandelten Fähigkeiten leisten, so **Ulrich Theißen**, Abteilungsleiter für Grundsatzfragen der Rehabilitation, der als Gastgeber die Veranstaltung eröffnete, der insgesamt ca. 60 Betriebs- und Werksärzte sowie Vertreter von ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen gefolgt waren.

Das Ziel der Kooperation ist ein kontinuierlicher und zuverlässiger Informationsaustausch, um Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu identifizieren und für notwendig erachtete Reha-Maßnahmen mit einem möglichst großen Bezug zu den tatsächlichen Arbeitsplatzanforderungen durchzuführen. Hierzu wurden eigene Arbeitshilfen, -abläufe und Ansprechpartner entwickelt und eingerichtet, die sich einer wachsenden Anwendung erfreuen (siehe auch Info-Kasten). Das Verfahren habe sich mittlerweile bereits in einer Vielzahl an großen Unternehmen etabliert, so **Ulrich Theißen**. Jetzt komme es darauf an auch die Klein- und Mittelbetriebe bzw. die hierfür mit der Betreuung beauftragten Arbeitsmediziner bzw. Überbetrieblichen Dienste zu gewinnen.

Besondere Merkmale der auf WeB-Reha basierenden Versorgungsleistung bestünden in dem hohen Arbeitsplatzbezug, den kurzen Wegen beim Informationstransfer während und beim Abschluss der Reha, der Chance einer zeitnahen betrieblichen Umsetzung sowie der Prüfung der Nachhaltigkeit, betonte **Detlef Koch**, der die für die WeB-Reha-Anwender eingerichtete Hotline

betreut und die ersten Ergebnisse des Monitorverfahrens vorstellen konnte, das seit Juli 2008 eine Nachverfolgung und Evaluation der WeB-Reha-Anträge erlaubt.

Von den 247 bisher erfassten Anträgen entfielen 59,7 % auf orthopädische Krankheitsbilder gefolgt von 19,6 % mit einer psychosomatischen Indikation. An dritter bzw. vierter Stelle rangierten mit 6,7 die Stoffwechsel sowie mit 5,6 % die kardiologischen Indikationen. Je ein Drittel der Reha-Maßnahmen dauerte drei bzw. 4 Wochen ein weiteres Drittel erforderte eine mehr als 4-wöchige Leistung.

Mit Spannung erwartet werden darf die im Rahmen des Monitorverfahrens angestrebte Überprüfung der Nachhaltigkeit, 6 Monate nach Beendigung der Reha-Maßnahme, die Herr Koch für das nächste Treffen in Aussicht stellen durfte.

Es sind mittlerweile knapp zwei Jahre vergangen, so **Dr. Rolf Hess-Gräfenberg**, Vorsitzender des Ausschusses Arbeitsmedizin der Ärztekammer Nordrhein, seit im September 2007 das Projekt erstmals einer größeren ärztlichen Öffentlichkeit in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Nordrhein vorgestellt werden konnte. Mehr als 180 interessierte Werks- und Betriebsärzte demonstrierten mit ihrer Teilnahme das große Interesse, das sie dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit beimessen sowie abgestimmten Verfahrensabläufen und

WeB-Reha**Arbeitsplatzbezogene Reha in Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten**

Welche Möglichkeiten eröffnet WeB-Reha für mich als Werks- und Betriebsarzt?	Sie können als Werks- und Betriebsarzt nunmehr einen Reha-Antrag gemeinsam mit dem Mitarbeiter unmittelbar in die Wege leiten. Mit ihrer fachlichen Unterstützung (Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung) steuern Sie die ausschlaggebenden Informationen für die Antragsbeurteilung beim Leistungsträger Rentenversicherung bei. Sie haben im Falle der Bewilligung die Möglichkeit, die Inhalte und Ziele der Reha mitzugestalten mit einem nahem Bezug zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes. M. a. W. Sie werden zu einem vollwertigen Verfahrensbevollmächtigten bei der Anbahnung und Ausgestaltung von Reha-Leistungen.
Ich möchte als Betriebsarzt am WeB-Reha-Verfahren teilnehmen. Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen?	Sie sind Facharzt für Arbeitsmedizin oder verfügen über die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und Sie betreuen Beschäftigte, die bei der DRV-Rheinland o. -Westfalen versichert sind.
Muss ich mich irgendwo anmelden?	Nein
Wie gelange ich an die Antrags-Formulare?	www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de > Formulare und Publikationen > Formulare > Rehabilitation > Antragspaket „WeB-Reha“
Welche Voraussetzungen müssen die Beschäftigten mitbringen?	Die Beschäftigten sind bei der DRV-Rheinland versichert und erfüllen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen n. § 11 Abs. 1 (Versicherungszeit 15 Jahre) bzw. § 11 Abs. 2 SGB VI (6 Pflichtbeiträge in den letzten 2 Jahren / 6 von 24 Regelung. Bei Zweifeln hilft hier die Hotline weiter (s. u.)
Wird die Antragstellung honoriert?	Die Beratung und Unterstützung von Beschäftigten beim Erhalt bzw. der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit gehört zu den Kernaufgaben des Werks- und Betriebsarztes und sind mit dem Betreuungsvertrag abgegolten. Hierzu gehört auch die Kenntnis des Arbeitsplatzes. Der Betriebsarzt erhält jedoch von der Rentenversicherung für die Erstellung des Antrages ein zusätzliches Honorar von 25,20.
Wen kann ich bei offenen Fragen ansprechen?	Die DRV-Rheinland und DRV-Westfalen haben eine Hot-Line eingerichtet. WeB-Reha: DRV-Rheinland Hotline 0 18 02-93 27 32 WeB-Reha DRV-Westfalen 02 51-2 38-25 98 Herr Jahnert 02 51-2 38-34 89 Frau Sommer-Kettler 02 51-2 38-22 33 Herr Ausel
Welcher Betrieb ist hierfür geeignet?	Anwendbar und geeignet ist WeB-Reha für jede Betriebsgröße und jedes Gewerbe. Insbesondere Klein- und Mittelbetriebe werden davon profitieren.
Wie soll man mit den behandelnden Ärztinnen / Ärzten kommunizieren?	Nach den bisherigen Erfahrungen wird die Antragsstellung durch den Werks- und Betriebsarzt als Entlastung der eigenen Arbeit wahrgenommen. Zu dem Antragspaket „WeB-Reha“ gehört auch ein Informationsschreiben an den Hausarzt, das ihn über die Antragstellung unterrichtet.
Kann ich die Antragsformulare auch verwenden für Beschäftigte, die bei einem anderen Rentenversicherungsträger versichert sind?	Grundsätzlich ja, sofern bisher in seinem Zuständigkeitsbereich keine Verfahren und Instrumente zwischen den Beteiligten abgestimmt wurden. Von der DRV- Bund werden die Formulare ausdrücklich akzeptiert.

Alles in „Form“ularen –			
	DRV-Rheinland	DRV-Westfalen	DRV-Baden-Württemberg
Download-Adresse	www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de	www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de	www.deutsche-rentenversicherung-bw.de
Hotline für Betriebsärzte	0 18 02-93 27 32	02 51-2 38-25 98 / 34 89 / 22 33	
Reha-Antrag	G 100	G 100	G 100
Anlage zum Reha-Antrag	G 110	G 110	G 110
Betriebsärztlicher Befundbericht	G 9802	6-144	Reha 0200
Arbeitsplatzbeschreibung			Reha 9506
Honorarabrechnung			Reha 9507
Einwilligungsbestätigung Schweigepflichtsentbindung	G 9801	6-128	Reha 9505
Die Fett-Gedruckten Arbeitshilfen wurden speziell für Betriebs- und Werksärzte entwickelt Die Basis-Dokumente sind einheitlich (s. o.), der Rest harrt noch auf eine Vereinheitlichung (s. u.). Hieran scheitert aber nicht das Antragsverfahren. Bei Zweifeln hilft die Hotline (s. o.)			
Information für Werks- und Betriebsärzte		6-125	
Information für Versicherte		6-127	
Mitteilung an den Hausarzt		6-129	
Betriebsärztliche Rückmeldung über die Nachhaltigkeit der Leistung	G 9803 / Monitorverfahren Anlage 3	BAUZG1920	Vorhanden
Monitorverfahren vor, sofort und 6 Monate danach	Anlage 1–3		Vorhanden

-hilfen, die ihnen einen Beitrag dazu erleichtern.

Mit der DRV Rheinland habe man einen innovativen, dialogbereiten höchst zuverlässigen Kooperationspartner gefunden.

WeB-Reha habe maßgeblich dazu beigetragen, dass sich Werks- und Betriebsärzte als vollwertige Prozessbeteiligte bei der Identifikation, Anbahnung und Ausgestaltung von Reha-Leistungen einbringen können. Das habe bundesweit Akzente gesetzt. Dass WeB-Reha mittlerweile auch bei der DRV Westfalen und der Ärztekammer Westfalen-Lippe Anklang gefunden und weitestgehend übernommen worden sei, zeuge von der Attraktivität und Praxisnähe des Verfahrens WeB-Reha ist dennoch alles andere als ein Selbstläu-

fer, Kommunikation bedarf der Pflege und benötigt auch zeitliche Ressourcen. Das dürfe man nicht verkennen. Eine gute Partnerschaft brauche nun mal Zeit und Leidenschaft.

Die Einrichtung der Hotline stelle zweifelsfrei einen Quantensprung da, das helfe viele Unklarheiten zu beseitigen. Eine Kontakt mit den Reha-Kollegen ersetze das jedoch in aller Regel nicht. Auch da gelte: „Nur sprechenden Menschen kann geholfen werden“.

Durch den direkten Bezug zum Betrieb und einem gezielten Informationsaustausch zwischen Reha-Kliniken und Betrieb im Bezug auf Arbeitsplatzanforderungen und möglichen Empfehlungen zum anschließenden Arbeitseinsatz lägen für die betrieblichen Praktiker die Vorteile von WeB-Reha auf der Hand,

so **Petra Zink**, die für die Ford-Werke in Köln das betriebliche Eingliederungsmanagement koordiniert.

Ford habe bereits im Jahre 2002 anlässlich der Einführung des neuen Fiesta-Modells und Umstrukturierung von Fertigungsabläufen vor der großen Herausforderung gestanden, ca. 500 ältere und leistungsgewandelte Beschäftigte in die neuen Produktionsprozesse zu integrieren. Dabei habe man – im Sinne des SGB IX § 84 – nicht erst gewartet bis die Beschäftigten 6 Wochen arbeitsunfähig erkrankt seien. Bei Ford gelte mittlerweile „Fehlzeit Null“ als notwendige Voraussetzung aktiv zu werden, sofern Reha-Bedarf identifiziert würde. Die Reha-Leistung könne häufig noch während der Lohnfortzahlung aufgenommen werden. Je frühzeitiger man inter-

veniere, umso eher könne man einer Chronifizierung vorbeugen. WeB-Reha besitze mittlerweile eine hohe Wertschätzung in der Belegschaft und bei den Vorgesetzten, die den damit verbundenen Nutzen erkennen und als Hilfe empfinden, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu überwinden. Akzeptanzfördernd seien dabei auch die schnelle Bearbeitung der Anträge und die Rückmeldung aus den Reha-Einrichtungen.

Verbesserungspotential sieht Petra Zink bei der Zeitspanne zwischen Antragstellung und Aufnahme in der Klinik, den unzureichenden Kapazitäten bei den präferierten Kliniken, der gelegentlich immer noch deutlichen Diskrepanz zwischen Realität und sozialmedizinischer Epikrise sowie einer noch unzureichenden Kommunikation zwischen Betriebsärzten und Reha-Medizinern.

Die Kritik mindere aber nicht das Potential von WeB-Reha, das sich als ein praxistaugliches und nützliches Werkzeug im betrieblichen Eingliederungsmanagement etabliert habe.

Dr. med. M. Schöttler, leitender Oberarzt der Lahntalklinik Bad Ems, bestätigte, dass Beschäftigte, die über WeB-Reha den Weg in die Rehabilitation gefunden haben, in der Regel wesentlich besser auf die Rehabilitation vorbereitet sind und realistischere Vorstellungen mitbringen. Das erleichtere die Arbeit.

Die Zahl an WeB-Reha-Fällen nehme stetig zu, wobei der Kontakt mit dem Betriebsarzt zu einer Erweiterung des Gesichtsfeldes führe: Schließlich seien die Darstellungen der Patienten von ihren Arbeitsplätzen subjektiv eingefärbt und z. T. verknüpft mit unrealistischen Vorstellungen über innerbetriebliche Alternativen. Die Kenntnis des Arbeits-

platzes aus der Sicht der Werks- und Betriebsärzte zahle sich aus.

Es zeichne sich ab, dass sich die Erfolge, die für die bereits seit Jahren gepflegte Zusammenarbeit mit den Ford-Werken nachweisbar sind, auch beim WeB-Reha-Verfahren einstellen:

Die Beschäftigten finden häufig bereits vor Eintritt einer längerwährenden Arbeitsunfähigkeit den Weg in die Reha und die Aussichten auf ein erfolgreiches „Comeback“ verbessern sich spürbar.

Die abschließende Diskussion zeigte, dass sich Werks-, Betriebs- und Reha-Ärzte immer noch auf gegenüberliegenden Ufern eines Flusses befinden, aber es sind die Ufer des gleichen Flusses und man beginnt sich auf der gleichen Höhe, beim gleichen Flußkilometer zu beäugen und anzublicken.

Die Zeiten, dass der eine an der Quelle und der andere an der Mündung stand, sind endgültig vorbei. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

Arbeitsmedizin: was macht sie so besonders?

Nach meinem Wechsel aus der kurativen Medizin habe ich erst nach und nach verstanden, dass sich die Tätigkeit als Betriebsarzt von der eines anderen Facharztes in drei wesentlichen Punkten unterscheidet:

1. In der beruflichen Rolle und dem Selbstverständnis als „Arzt und Helfer“
2. Im „Auftrag“ an den Arzt
3. Bei Anerkennung und Erfolgserlebnis

Im Krankenhaus und in der Praxis des niedergelassenen Arztes sind die Rollen

der Protagonisten klar zugeteilt: Die Patienten kommen dorthin, weil sie ein Problem haben. Sie erteilen den Ärzten den Auftrag, dieses Problem zu lösen. Meistens akzeptieren sie dabei die Fachautorität des Arztes und begegnen ihm respektvoll.

Als Arzt im Betrieb ist es meist schlagartig vorbei mit der gewohnten sicheren Rolle. Bei jeder neuen Begegnung mit Vorgesetzten oder Beschäftigten, auf jeder neuen Sitzung muss der Betriebsarzt seine Rolle neu finden und erkämpfen – mal ist er Stein des Anstoßes, weil

er Dinge einfordert (z. B. Tragen von PSA), die die Einen unbequem und die Anderen als zu teuer empfinden, mal wird er als Kontrolleur verkannt und gefürchtet, mal als Sündenbock und ganz oft als Kummerkastenonkel und Klagemauer missbraucht, ja sogar als Schreckgespenst („Wenn Sie nicht tun, was ich will, dann schicke ich Sie zum Betriebsarzt“) von Arbeitgeberseite und als Rechtfertigungsmittel („Der Betriebsarzt hat auch gesagt, dass wir neue Stühle brauchen“) von der anderen Seite. Oft ist man gesetzeskundige Aus-



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

kunftei, Seelsorger und Mediator, meist zwischen allen erdenklichen Stühlen balancierend usw. usw.

Am allerwenigstens darf der Betriebsarzt noch die aus der kurativen Medizin altbekannte Rolle als großer Helfer geben: Ich erinnere mich noch gut an meine ersten Vorsorgeuntersuchungen. Ein Gärtner schilderte mir eindrucklich seine Rückenschmerzen, die durch den ungefederten Sitz des Rasenmähers verursacht seien. Ich in meiner Helfer-Routine zückte sofort Papier und Stift: „Dann werde ich mal gleich an Ihren Meister schreiben, dass der Sitz ausgetauscht werden muss.“ Doch anstatt daraufhin dankbar zu lächeln, schrie mein Proband zu meiner vollkommenen Verblüffung wehe auf „Oh tun Sie das blooß nicht, Frau Doktor!“ – „Dann nehmen die mir doch meine Erschwereniszulage weg, 150 DM im Monat, ohne die Zulagen kann ich meine Familie nicht ernähren!“

So begegnen dem Betriebsarzt immer wieder Dinge, die aus arbeitsmedizinischer Sicht gut und hilfreich wären für betreute Beschäftigte, aber aus mancherlei Gründen dann entweder vom Arbeitgeber, vom Personalrat, oder vom Beschäftigten selbst oder aber von allen drei Parteien nicht erwünscht werden.

Ganz verwirrend ist der Verlust des „klaren Arbeitsauftrages“ in der Arbeitsmedizin. In meiner knapp 10jährigen Krankenhauszeit habe ich hingegen nur ein einziges Mal erlebt, dass der Routine-Fall „Ich, der Patient, will, dass Du, Arzt, mein Problem beseitigst“ nicht gegolten hat: Zu mir, der jungen und damals noch recht ansehnlichen Stationsärztin einer chirurgischen Männerstation kam ein Patient in das Arztzimmer. Er berichtete mir, dass er ein kleines sexuelles Problem habe, denn das Liebespiel mache ihm nur Spaß, wenn er dabei eine getragene Damen-Feinstrumpfhose in der Hand halten könne. Ich also schlussfolgerte daraufhin sofort, dass ich den Auftrag hätte, diesem Problem abzuhelpen, und informierte deshalb den Patienten eifrig über sämtliche psychologische Beratungs-

stellen, Selbsthilfegruppen und sonstige Anlaufstellen des gesamten Landkreises. Nach meinem Vortrag blickte der Patient einen Moment schweigend auf den Stapel Broschüren und Faltblätter, die ich vor ihm ausgebreitet hatte. Schließlich meinte er kleinlaut: „Eigentlich wollte ich Sie nur fragen, ob Sie mir mal eine getragene Strumpfhose von sich mitbringen würden.“

Genau wie seine jeweilige Rolle muss der Betriebsarzt auch seinen Arbeitsauftrag bei jedem Probandenkontakt neu herausfinden, oft versteckt sich der wahre Auftrag weit hinter dem, was als Wunsch an den Arzt herangetragen wird – ein Beispiel: wenn ein Beschäftigter dem Betriebsarzt freudig einen winzigen Schwarzsimmel-Fleck in einer Fensterecke seines Arbeitszimmers zeigt und vehement verlangt, bei seinem Wunsch nach einem anderen Arbeitsraum unterstützt zu werden, muss der Arzt über genügend Insiderwissen verfügen, um zu erkennen, dass der Beschäftigte mit dem Wechsel in einen anderen Gebäudetrakt zu einem anderen, beliebteren Vorgesetzten käme. Der wahre Arbeitsauftrag würde also nicht heißen: „Hilf mir, in ein Schimmelfreies Zimmer zu kommen“, sondern „Hilf mir, den Problemen mit meinem Chef auszuweichen“.

Mager bestellt ist es auch mit der Anerkennung und Erfolgserlebnissen des Betriebsarztes. Der Krankenhausarzt kann, wenn er nur halbwegs freundlich ist, mit Sympathie und Dankbarkeit seiner Patienten rechnen. Und wenn diese z.B. nach seinem beherzten chirurgischen Eingreifen geheilt und fröhlich das Krankenhaus verlassen, hat er die volle Rechtfertigung seines Tuns und seine Arbeitszufriedenheit.

Der Betriebsarzt kann dagegen nur selten ungetrübte Freude auslösen: verhilft er z.B. einem Beschäftigten zu einem neuen Stuhl, knirscht evtl. der Arbeitgeber ob der Kosten mit den Zähnen.

Und so richtige Erfolgserlebnisse, gepaart mit Anerkennung, sind ganz rare Diamanten im Berufsalltag. Meist muss der Betriebsarzt seine Motivation

an ganz kleinen Dingen festmachen. Dass man zum Beispiel in einem Betreuungsbereich immer freudig mit Namen begrüßt und willkommen geheißen wird, wie es mir in einem Forschungsinstitut „meiner“ Universität ergeht, und das habe ich ganz unverdient einem Zufall zu verdanken: ich begleitete einmal die staatlichen Aufsichtspersonen dorthin zu einer Begehung. In einem Flur wartete der zuständige Professor inmitten seiner Mannschaft schon auf uns. Plötzlich rief ein junger Doktorand „Da ist ja unsere Betriebsärztin, die unseren Kollegen X vom Krebs geheilt hat!“ Ich war mir keiner solchen Großtat bewusst, und erst, nachdem mir der junge Mann weitere „Stichworte“ gegeben hatte, erinnerte ich mich, dass einige Zeit zuvor ein junger Doktorand am Ende der Vorsorgeuntersuchung bat, noch eine Frage stellen zu dürfen. „Ich habe gestern einen Knoten an meinem Hoden getastet, was soll ich jetzt tun?“ Ich habe zwar im Krankenhaus etliche Fachdisziplinen durchlaufen, Urologie war aber nicht dabei. Deshalb entschied ich sofort, dass es keinen Zweck hatte, diesen Tastbefund selbst überprüfen zu wollen. Stattdessen holte ich das Telefonbuch und suchte gemeinsam mit dem Probanden einen Urologen in seiner Wohn-Nähe heraus. Er versprach mir, sofort zu diesem Kollegen zu fahren. Wie mir sein Freund auf der Begehung nun bestätigte, hat er dies auch getan. Der Befund war dann leider positiv, Operation und Chemotherapie aber bereits erfolgt, mit Hoffnung auf dauerhafte Heilung.

Nach der Begehung, am Besprechungstisch, beugte sich der Professor zu mir herüber: „Haben Sie wirklich Herrn X vom Krebs geheilt?“ Ich, ganz frech: „Klar doch, und zwar nur durch leises Wedeln mit dem Telefonbuch“. Seither betrachtet er mich mit unverhohlenem Misstrauen, er würde sich, glaube ich, nicht wundern, einmal einen Besen in meinem Handgepäck zu erblicken... □

Dr. Ambrosi

Allgemeine Gesundheitsvorsorge

– welche Instrumente stehen zur Verfügung?

Zuallererst möchte ich darauf hinweisen, dass ich mit diesen Vorschlägen keine Konkurrenz zu der hausärztlichen Versorgung aufbauen möchte, sondern im Gegenteil, die Beschäftigten aufgrund konkreter Hinweise dazu bringen möchte, den Hausarzt aufzusuchen, die ansonsten gar nicht gehen würden.

Die wesentlichen betriebsärztlichen Aufgaben wurden schon 1973 im Arbeitssicherheitsgesetz festgeschrieben. Wenn Betriebsärzte und Betriebsärztinnen in größeren Unternehmen, aber auch in mittelständischen Unternehmen und vereinzelt in kleinen Unternehmen eine betriebsärztliche Ambulanz betreiben, stellt sich das Thema, welche Instrumente außerhalb der arbeitsmedizinischen Vorsorge mir im Sinne der Prävention noch zur Verfügung stehen. Im Folgenden gebe ich einen kleinen Überblick über mögliche Instrumente, erhebe aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zu Vordere möchte ich das Basisuntersuchungsprogramm (BAPRO) im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Grundsätze nennen. Es stellt eine Empfehlung zu Umfang und Dokumentation der allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorge dar. Das BAPRO geht inhaltlich über den engen Ansatz der monokausal ausgerichteten Grundsatzuntersuchung hinaus. Konkret bietet es die Möglichkeit der systematischen Erfassung und Dokumentation, um so Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und möglichen Erkrankungen aufdecken zu können.

Wenn ich darüber hinaus eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung anbieten möchte, gehört als wichtigster Bestandteil eine allgemeine Anamnese hierzu, die aber folgende Punkte beinhalten sollte:

■ Kontrolle des Impfstatus

- Tetanus
- Diphtherie
- (Polio)
- (Hepatitis A)
- (Hepatitis B)
- Influenza
- (Pneumokokken)

■ Werden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt

- Gynäkologe bzw. Urologe
- Zahnarzt
- Augenarzt

■ Eigenes Verhalten

- Ernährung
 - Hinweis auf Fettstoffwechselstörung
 - Generell sollte das Gesamtcholesterin < 190 mg/dl und das LDL-Cholesterin < 115 mg/dl sein
 - Hinweis auf Harnsäureerhöhung
 - Hinweis auf Blutdruckerhöhung (RR > 140/90 mm Hg)
 - Hinweis auf Eisenmangel
 - Gewichtsreduktion notwendig – BMI
 - Normalgewicht (18,5–24,9)
 - Präadipositas (25–29,9)
 - Adipositas (> 30)
 - Bauchumfang als Maß des viszeralen Fettes ist zu groß:
 - bei Männern ab Werten > 94 cm (>102 cm)
 - bei Frauen ab Werten > 80 cm (> 88 cm)
 - Lassen Sie sich das Essen in Ruhe! gut schmecken
 - Essen Sie möglichst viel Obst und Gemüse
- Trinken



Dr. Monika Stichert

□ Alkoholgenuss

- AUDIT-C Screening Test für die tägliche Praxis:
- Wie oft trinken Sie Alkohol?
- Wenn Sie trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
- Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?
- Bei einem Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern und 3 und mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen und spricht damit für die Notwendigkeit zu weiterem Handeln.

□ Schlaf

- Regelmäßige Tabletteneinnahme (Schlaftabletten, Schmerzmittel?)

- **Bewegung** (Kraft, Ausdauer, Dehnung); wie kann Bewegung in den Alltag gebracht werden? (Treppensteigen, Radfahren, Spazieren gehen, etc.)

□ Entspannung, Stressbewältigung, Zeit für sich haben

- **Soziale Integration** (zu pflegende Angehörige, allein-erziehend, Freundeskreis)
- **Rauchen**

- **Haut** (Sonnenbrände in der Vorgeschichte, Solarium-nutzer)

Möchte ich noch intensiver in die psychosoziale Belastungssituation am Arbeitsplatz einsteigen, bietet sich hierzu der Arbeitsbefähigungsindex an. Ich kann den Kurzfragebogen online verwenden und direkt das zahlenmäßige Ergebnis für mein weiteres Gespräch mit dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin nutzen.

■ **ABI**

- Hohe Arbeitsfähigkeit 43 – 49
- Mittlere Arbeitsfähigkeit 28 – 42
- Niedere Arbeitsfähigkeit 7 – 27 Punkte

Wenn der ABI schon vorher einmal erfasst wurde, kann direkt der Vergleich zu früher aufgezeigt werden und man kann darüber diskutieren, was am Lebensstil geändert wurde und wodurch wohl eine Änderung des ABI-Punktwertes aufgetreten ist.

Was ich auch sehr gut finde, ist die Gesundheitsberatung im Rahmen der Risikostratifizierung:

„www.arriba-hausarzt.de“.

Hierbei steht das kardiovaskuläre Gesamtrisiko im Vordergrund, das aus den einzelnen Risikofaktoren zusammenfassend berechnet wird. „Arriba“ berücksichtigt Alter, Geschlecht, Blutdruck, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Raucherstatus, familiäre Disposition sowie Diabetes mellitus und errechnet auf der Basis der Framingham-Studie das 10-Jahres-Risiko für die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls. Durch die plastische Darstellung von natürlichen Häufigkeiten macht „Arriba“ es den ungeschulten Patienten und Patientinnen leicht, ihre individuelle Situation nachzuvollziehen. Man kann dann genauso plastisch vorführen, wie das Risiko sinkt, wenn z. B. das Rauchen aufgegeben wird.

Professor Badura schrieb einmal, dass Männer zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr für betriebliche Gesundheitsförderung erst erreichbar sind, wenn

sie ihre Endlichkeit bemerken. Ich finde diesen Satz immer öfter bestätigt. Und was ist mit dem männlichen Beschäftigten, der beruflich weit über seine Verhältnisse lebt und dann auch noch vorhat, den nächsten Marathon mitzulaufen. Nicht jeder von ihnen geht zu seinem Hausarzt und lässt sich zunächst durchchecken. So wird es durchaus positiv angenommen, wenn das Belastungs-EKG in der betriebsärztlichen Sprechstunde erfolgt. Auf diese Weise kann man Beschäftigte, die gefährdet sind, entweder aufgrund eines unbehandelten Hypertonus oder der ersten Anzeichen der koronaren Herzerkrankung viel besser motivieren, den Hausarzt aufzusuchen, um sich therapieren zu lassen, als einfach nur mit dem verbalen Hinweis: „Bevor Sie ein Marathon-Training beginnen, sollten Sie sich aber durchchecken lassen.“ Bei Freizeitsportlern sollte ein Belastungs-EKG zumindest bei Männern ab einem Alter von 40 Jahren (bei Frauen > 55 J.) und einem kardialen Risikoprofil von einem ausgeprägten oder zwei kardialen Risikofaktoren (nicht Alter oder Geschlecht) durchgeführt werden. Vielleicht helfen dabei folgende Werte:

Sollleistung – Fahrradergometrie

- Frauen 2,5 Watt / kg Körpergewicht (Max.leistung)
- Männer 3 Watt / kg Körpergewicht (Max.leistung) minus 10 % für jede Lebensdekade

■ **PWC 150**

(Leistung bei Herzfrequenz 150)

- Frauen 1,5–2,0 W / kg Körpergewicht
- Männer 2,0–2,5 W / kg Körpergewicht (ausreichende Leistungsfähigkeit im Ausdauerbereich nach ROST)
- Belasten bis 200 mm HG syst. Bei einer HF von 200 – LA
- Blutdruck nach 5 Erholungsminuten sollte $\leq 165/90$ mm HG sein
- Abbruch der Belastung bei > 230 syst. und 120 mm HG diastolischem Wert
- Max. HF 210 – Alter bei Männern
- Max. HF 220 – Alter bei Frauen

Auch hierbei hilft, dem / der Beschäftigten eine konkrete Einschätzung seiner eigenen Leistungsfähigkeit an die Hand zu geben, wie es z. B. in der ASU 43, 7, 2008 auf Seite 362 aufgeführt wurde. Dort steht die beispielhafte Darstellung eines Kommentars für einen 52jährigen Feuerwehrmann am Beispiel des Testergebnisses bei der Fahrradergometrie zur Ermittlung der Ausdauer. Hier findet sich auch der optimale Trainingspuls beim Laufen, Radfahren oder Schwimmen oder die entsprechenden Faustformeln zur Orientierung:

- Laufen = $200 - \text{Lebensalter}$
- Radfahren = $180 - \text{Lebensalter}$
- Schwimmen = $170 - \text{Lebensalter}$

Der WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden kann ebenfalls als Screening-Instrument genommen werden. Hierbei zählt man einfach Punkte aus. Bei vollständigem Wohlbefinden kann man 25 Punkte erreichen, im ungünstigsten Fall 0 Punkte. Als ein realistischer „Cut Off“ für eine deutlich reduziertes Wohlbefinden gilt eine Summe < 13 Punkten:

■ **In den letzten zwei Wochen:**

- war ich froh und guter Laune...
- habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt...
- habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt...
- habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt...
- war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren...

■ **und das kann jeweils beantwortet werden mit die ganze Zeit (5 P.), meistens (4 P.), über die Hälfte der Zeit (3 P.), weniger als die Hälfte der Zeit (2 P.), ab und zu (1 P.) und zu keinem Zeitpunkt (0 Punkte).**

Zum Schluss sollte nicht der erhobene Zeigefinger stehen, sondern ein Gespräch über die individuellen Ressourcen

- **Was funktioniert gut am Gesundheitsverhalten?**
- **Was soll beibehalten werden, was weiterentwickelt werden?**

- Wer könnte dabei helfen?
- Welche Faktoren müssen für das gewählte Ziel verändert werden?

Bei einer Lebensstiländerung kommt dem Patienten oder der Patientin die ganz entscheidende Rolle zu, da diese / -r die wesentlichen Therapiemaßnahmen in den persönlichen Alltag dauerhaft und selbstverantwortlich einbauen muss. In den modernen Behandlungsansätzen, dem sog. Selbstmanagement- oder Empowermentansatz wird angestrebt, die individuellen Ziele des Patienten / der Patientin bzgl. seines eigenen Lebens und des Umgangs mit der Erkrankung ernst zu nehmen und ihn zu befähigen, möglichst eigenständig mit den krankheitsspezifischen Anforderungen und Problemen zurechtzukommen. Grundlage ist eine wertschätzende Grundhaltung und es ist viel Aufmerksamkeit in den Aufbau einer intakten Beziehungsebene zu investieren. Am Besten werden kurze Sätze mit bekannten Wörtern verwendet. Die Rollen von Patient / -in und Arzt / Ärztin sind zu Beginn klar zu definieren. Das Ganze sollte in einem Therapiebündnis münden mit klar definierten und realistischen Zielen (wie zufrieden ist der / die Patient / -in zur Zeit mit z. B. ihrem Körpergewicht und welche Veränderungswünsche liegen vor?). Es sollten Etappenziele definiert werden. Der Grad der Umsetzung sollte zudem regelmäßig überprüft und überwacht werden. (s. auch Das Arzt-Patient- / Patient-Arzt-Gespräch von Hrsgb.: Th. Langer & M. W. Schnell aus dem Marseille Verlag, 2009) □

Dr. Monika Stichert

www.arriba-hausarzt.de

www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de

www.ergo-online.de

http://www.allgemeinarzt-online.de/fileadmin/Allgemeinarzt/Artikel-images/AA_2005_20/WHO-5-Fragebogenx.pdf

Kommunikation ist Pflicht

Information zum Gesundheitsmanagement der Firma Rasselstein

Die Firma Rasselstein ist in Andernach angesiedelt und gehört zum Thyssen-Krupp-Konzern. Es handelt sich um einen 5-Schichtbetrieb, der Weißbleche produziert, und mit 2390 Mitarbeitern einem Umsatz von 1,2 Milliarden Euro erwirtschaftet. Jedes Jahr werden 60 neue Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt, dies entspricht 10 % der Stellen oder 240 Azubis. 1500 der Beschäftigten sind in der Produktion tätig. Das Unternehmen hat € 200.000,- für das Gesundheitsprojekt zur Verfügung gestellt. € 20.000,- kommen als Zuschuss von der BKK. Im Laufe des Projektes kam es zu weniger Langzeit-AU-Fällen und zu weniger stufenweisen Wiedereingliederungen.

Die Fehlzeitenquote lag bei 3,5 %. 1 % Fehlzeiten bedeutet Kosten in Höhe von € 200.000,- weshalb diese Summe zur Verfügung gestellt wurde. Es wurde damit argumentiert, dass mit ansteigendem Durchschnittsalter auch die Fehlzeitenquote ansteigen wird und dass man durch das Projekt hier Einsparungen erreichen würde. 85 % der Beschäftigten haben bei der Befragung gesagt, dass sie gerne bei Rasselstein arbeiten; sie sehen sich als „Rasselsteiner“ und es existiert eine sehr niedrige Personalfluktuation. Die Rücklaufquote bei der Befragung lag bei der Erstbefragung bei 86 % und bei der Zweitbefragung bei 64 %. Das Projekt fand in der Zeit 2003–2006 statt mit Unterstützung der BKK und der Berufsgenossenschaft. Sämtliche Maßnahmen sollten aber mit Zielen belegt werden. Prof. Badura war mit eingebunden. Projektverantwortliche war Frau Christina Budde, Budde & Co. aus Bonn, die zuvor bei der Firma Rasselstein beschäftigt gewesen ist.

Ausgangspunkt war eine Altersstrukturanalyse mit Betrachtung der Entwicklung des Durchschnittsalters im Betrieb, sowie eine Gesundheitsbefra-

gung vor und nach dem Projekt, die aus 84 Fragen bestand.

Ein Fehlzeitenmanagement findet statt: Es wird gefragt, warum jemand krank ist und es finden Rückkehrgespräche statt. Nach 8 Wo AU erfolgt ein Besuch beim Mitarbeiter / -in zu Hause mit der Frage, welche Hilfestellung gegeben werden kann.

Darüber hinaus werden Gesundheitsaudits durchgeführt. Ein Pflichtmodul ist „Kommunikation“. Es wird auch nach Über- und Unterforderung geschaut und auf gesundheitsgerechtes Führungsverhalten geachtet. Das Gesundheitsaudit wird durch den Teamleiter und ein Betriebsratsmitglied (genannt Personalteam) im persönlichen Interview am Arbeitsplatz durchgeführt (Dauer ca. 20–25 Min.). Die Mitarbeiter (MA) gelten als Experten vor Ort. Die Berufsgenossenschaft hat die Ausbildung von Betriebsratsmitgliedern zum Gesundheitsauditor übernommen. Der Fragenkatalog im Rahmen des Gesundheitsaudits beinhaltet verschiedene Module. Führung gilt ebenfalls als Pflichtmodul – es wird dabei die subjektive Bewertung der Beschäftigten erfragt; die Erfassung der psychischen Belastung erfolgt über ein Eingrenzungsmodul.

Beispiel für ein Gesundheitsaudit zum Modul: „Führung“. Das PT = Personalteam fragt hierbei ab, ob leistungsgeminderte MA unterstützt werden, ob die Belastungen an den einzelnen Arbeitsplätzen bekannt sind, ob mit dem MA fair umgegangen wird, ob bei Problemen professionelle Hilfe vermittelt wird und was aus Sicht der Beschäftigten noch verbessert werden kann, bzw. welche Maßnahmen noch umgesetzt werden sollten. Wie bei jedem Audit erfolgt dann die Festlegung, wer, was bis wann erledigt und was zu beachten ist.

Das Gesundheitsmanagement findet im Sinne eines PDCA-Zyklus statt: Befragung – Ziele setzen – Kennzahlen wie Zunahme der Produktivität, Reduktion der Unfallzahlen – Maßnahmenplan – Wirksamkeitskontrollen, z. B. Gesundheitsaudits. Als Frühindikatoren gelten Verbesserungsvorschläge und die Personalfuktuation.

Ein Leitgedanke des Gesundheitsmanagements ist die Förderung der Verhältnis- und Verhaltensprävention. Dazu gehören ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis sowie eine systemische Bündelung aller Aktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Dies fließt auch in die Zielvereinbarungen von Führungskräften mit ein. Arbeit und Leben verschmelzen beim Thema Gesundheitsförderung. Übergeordnetes Ziel des Gesundheitsmanagements ist eine **gesunde Unternehmenskultur. Grundvoraussetzung** ist aber, dass **die Führung den Gesundheitsschutz will!**

Eine Voraussetzung für ein gelungenes Gesundheitsmanagementsystems ist die persönliche Kommunikation. Bei der Firma Rasselstein ist Gesundheit Thema auf jeder Betriebsversammlung und jede neue Führungskraft muss 6 Kurse zum Thema Führung durchlaufen. Es besteht ein eigenes Sport-Trainingszentrum, das von 60 % der Beschäftigten besucht wird, auch nach der Nachtschicht. Ein externer Physiotherapeut stellt ein spezielles Trainingsprogramm für Betroffene zusammen. Ebenfalls wurde die Mitgliedschaft in Fitnessstudios bezuschusst.

Das Projektmarketing hat ein eigenes Logo entwickelt, „Fit mit Rasselstein“ Jeder Mitarbeiter hat eine Mütze und ein T-Shirt bekommen. In der Mitarbeiterzeitschrift, die 4 x jährlich erscheint, wird über die Aktivitäten berichtet. Daneben gibt es noch Flyer, das Intranet und den Gesundheitspass mit den daraus folgenden Prämien. Es wurde auch eine gesundheitsförderliche Nachtschichtverpflegung eingerichtet.

Eine Auswahl weiterer Aktivitäten:

- Wissenstandems (Alt + Jung)
- Vitalitätsmessplatz der BAUA Berlin für Führungskräfte
- Konzept Licht und Farbe durch Farbdesigner Friedrich Karl von Garnier
- Ergonomisches Zielgruppentraining: AP-Analyse mit „Apalys“ – Videoanalyse, Schulung und Erfolgskontrolle
- Optimierter Schichtwechsel mit einem Zeitkorridor
- Azubis – Rauschbrillen zum Probieren und zur Abschreckung
- Gästebuch in der Cafeteria
- Es gibt Gerichte zum Mitnehmen
- Ein teureres Feinschmeckerangebot
- Schichtarbeiter können die Arbeitszeit auf 32 Std. / Wo reduzieren; Schichtsystem: 2 Früh, 2 Spät, 2 N – 4 d Freitag
- Altersteilzeit ist ab dem 55. Lebensjahr möglich
- Es gibt einen Steuerkreis Arbeitssicherheit

- Für jeden Monat gibt es ein neues Motto
- Andernacher Familientag wurde organisiert
- Zu Beginn der Ausbildung steht eine Berufseinführungswoche
- Arbeitssicherheitsprojekt: Tatkraft 07: Es wurde gewettet, dass die MA es nicht schaffen würden, innerhalb eines Jahres 60 neue Projekte zur Arbeitssicherheit zu entwickeln. Es wurden aber 78 Projekte eingereicht und 49 wurden davon schon erfolgreich umgesetzt.
- Bei der Aktion „Ich mach mit“ ist jeder MA aufgerufen, seine ganz persönliche Verpflichtung zum Thema Arbeitssicherheit abzugeben
- Es gab Aktionstage: Hautscreening, Erste-Hilfe-Parcour, Venenscreening, Ein Tag für die Füße, Hören Sie mal – Hörgesundheit, Rauchfrei 2008, Gesund essen und genießen
- 1 x / Monat eine persönliche Einzelberatung zu allen Fragen rund um einen gesunden Lebensstil
- Psychologische Unterstützung
- Fahrsicherheitstraining
- Seminar Heben und Tragen
- Gesundheits-Checkups
- Gesundheitsinformationen im Intranet

Seit 2009 können Unternehmen Kosten der betrieblichen Gesundheitsförderung steuerlich geltend machen (€ 500,- pro MA / a). □

Dr. Monika Stichert

„Ich unterstütze ÄRZTE OHNE GRENZEN, weil sie professionell helfen und bei Machtmissbrauch den Mund aufmachen.“

Senta Berger, SchauspielerIn



© Sig Hergetenberg

ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft weltweit Opfern von Krieg und Gewalt.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- ☐ über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- ☐ für einen Projekteinsatz
- ☐ zur Fördermitgliedschaft
- ☐ zu Testamentsspenden
- ☐ zu Spendenaktionen

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00



1104849

Neues Europäisches Parlament

Das Europäische Parlament ist vom 14. Juli bis zum 16. Juli 2009 zu seiner konstituierenden Sitzung in Straßburg zusammengekommen. Dort haben sie den polnischen Abgeordneten Jerzy Buzek (EVP) zum Präsidenten gewählt. Unter den 14 Vizepräsidenten befinden sich auch die deutschen Abgeordneten Dagmar Roth-Behrendt (SPD), Rainer Wieland (CDU) und Silvana Koch-Mehrin (FDP). Der Präsident vertritt das Europäische Parlament nach außen und gegenüber den anderen EU-Institutionen. Gemeinsam mit den Vizepräsidenten bilden sie das Präsidium. Sie sind zuständig für den Haushaltsvoranschlag des Parlaments sowie für die Fragen zu Verwaltung, Personal und Organisation.

Fraktionen

Die Europäische Volkspartei (EVP) – zu der auch die CDU und die CSU gehören – hat 265 Sitze. Sie ist damit die größte Fraktion im Europäischen Parlament. Die Fraktion der Europäischen Konservativen und Reformen (ECR) – angeführt von den britischen Konservativen (Tories) – haben sich von der EVP-Fraktion abgespalten.

Sie gehören den EU-Kritikern an und stellen 55 Sitze. Die Sozialisten und Demokraten (Fortschrittliche Allianz der Sozialisten und Demokraten – S&D) haben 184 Sitze. Ihr folgen die Liberalen (Allianz der Liberalen und Demokraten – LDE) mit 84 Sitzen, die Grünen (Grüne/Freie Europäische Allianz – EFA) mit 55 Sitzen und die Linken (Vereinigte Europäische Linke/Nordische Grüne – VEL) mit 35 Sitzen. Die rechte Fraktion Europa der Freiheit und Demokratie hat 30 Sitze im Parlament.

Ausschüsse

Der SPD-Abgeordnete des Europäischen Parlaments, Jo Leinen, ist zum Vorsitzenden des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) gewählt worden. Er wird das Amt für die nächsten zweieinhalb Jahre der neuen Legislaturperiode ausüben. Der gebürtige Saarländer ist Rechtsanwalt und gehört dem Europäischen Parlament seit dem Jahr 1999 an.

Zuvor war er Vorsitzender des Ausschusses für konstitutionelle Fragen und stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für auswärtige Angelegenheiten, Menschenrechte, gemeinsame Sicherheit und Verteidigungspolitik gewesen. Vor seiner Zeit in Brüssel war er Umweltminister im Saarland.

Die ständigen Ausschüsse des Europäischen Parlaments prüfen die Vorschläge der Europäischen Kommission zu neuen Rechtsakten oder erstellen Initiativberichte.

Für jede Maßnahme wird ein Berichterstatter ernannt. Dieser schreibt einen Bericht zu dem jeweiligen Rechtsakt, der dann im Ausschuss erörtert, abgeändert und angenommen wird. Anschließend wird über den Bericht im Straßburger Plenum abgestimmt.

Als Koordinatoren sind der CDU-Abgeordnete Peter Liese und der österreichische Abgeordnete Richard Seeber (ÖVP – Österreichische Volkspartei) ernannt worden. Peter Liese stammt aus Olsberg, Nordrhein-Westfalen. Er gehört dem Europäischen Parlament seit dem Jahr 1994 an. Als Arzt wirkt er u. a. im Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit mit und ist Vorsitzende der Arbeitsgruppe Bioethik der EVP-Fraktion. Dr. Richard Seeber ist aus



Innsbruck. Der Jurist und Volkswirt gehört dem Europäischen Parlament seit dem Jahr 2004 an und ist u. a. Mitglied in den Ausschüssen Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie dem Petitionsausschuss.

Die Aufgaben der Koordinatoren sind die Programmgestaltung, die Gesetzgebungs koordinierung und die politische Strategie. Sie beeinflussen maßgeblich die Entscheidungsfindung und organisieren gemeinsam mit den stellvertretenden Koordinatoren die Zusammenarbeit mit Hilfe der Berater der Fraktionen. Zusätzlich müssen sie auf die Mehrheitsbildung in der Fraktion achten.

Liese will sich insbesondere den Bereichen Gesundheit und Lebensmittelsicherheit widmen. „Die Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren in der EU stetig an Bedeutung zugenommen. Wir wollen die Verantwortung der nationalen Parlamente nicht aushebeln, aber in vielen Bereichen ist grenzüberschreitende Zusammenarbeit erforderlich, wie etwa bei der Organspende oder der Behandlung von Patienten im Ausland. Auch die Arzneimittelpolitik muss zum großen Teil europäisch geregelt werden“, so Liese. □

Quelle: Bundesärztekammer

Auf dem ersten Platz

Regelmäßiges und dauerhaftes Arbeiten in statischen Sitzhaltungen führt häufig zu Verspannungen. Deshalb ist die Auswahl des richtigen Sitzmöbels von entscheidender Bedeutung. Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) initiierte in Zusammenarbeit mit dem BGIA – Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Sankt Augustin und dem Institut TNO Work and Employment im niederländischen Delft – dazu eine ergonomische Untersuchung. Praktisch getestet wurden vier besonders häufig bei der VBG angefragte dynamische Bürostühle im Vergleich zu einem konventionellen Bürositz.

Zu den Aufgaben der VBG in Hamburg gehört neben der gesetzlichen Unfallversicherung auch die Beratung von Unternehmen bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen im Büro. Immerhin arbeitet heute bereits fast jeder zweite Erwerbstätige in Europa am Computer – Tendenz steigend.

Beim Test ging HAIDER BIOSWING mit der 4-er Reihe an den Start, die je nach Ausstattungsvariante über höhenverstellbare Arm- und Rückenlehnen, eine individuell einstellbare Nackenstütze, Sitzneigungs- und Sitztiefenverstellung sowie eine stufenlos höhenverstellbare Sitzfläche verfügt.



Umfassender Fragenkatalog

So arbeiteten die Tester – 40 Probanden aus den unterschiedlichsten Unternehmensbereichen – für jeden Stuhl detaillierte Fragenkataloge – u. a. zur Dynamik und Beweglichkeit – ab. Im Ergebnis eroberte der Sitz aus dem Hause HAIDER BIOSWING mit 168 Wertungspunkten klar Platz eins. Weitere Infos erhalten Sie bei der HAIDER BIOSWING GmbH, 95704 Pullenreuth, Telefon: 0 92 34-99 220, Fax: 0 92 34-99 2266, im Internet unter www.bioswing.de oder per E-Mail: haider-bioswing@e-haider.de □

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. 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 11-74 50 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: juergen.dreher@online.de



Internetportal des BGIA

Umfassende Informationen zu Nanopartikeln und ultrafeinen Stäuben bietet das Institut für Arbeitsschutz (BGIA) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung kostenlos in einem neuen Internetportal an. Fachleute und interessierte Laien können den aktuellen Wissensstand zum Thema, insbesondere zur Frage wirksamer Schutzmaßnahmen, mit wenigen Klicks abrufen.

Das neue Internetportal des BGIA gibt einen grundsätzlichen Überblick über die Definition und Entstehung von Nanopartikeln und Ultrafeinstäuben und ihre vermutete Wirkung. Es informiert über die Ergebnisse internationaler Studien über Messergebnisse an Arbeitsplätzen und über einfache Messgeräte. □

www.dguv.de/bgia/de/fac/nanopartikel/index.jsp