

Editorial

Kompetent und mitten drin

Stell Dir vor: Es ist Pandemie – und keiner macht mit...

Zu diesem Ergebnis könnte man bei allerdings nur oberflächlicher Betrachtung der bundesrepublikanischen Wirklichkeit in diesen Tagen kommen:

Äußerlich unverändert vollzieht sich das Leben in der Öffentlichkeit und in unseren Betrieben. Keine massenhaften Hospitalisierungen, keine Todesfälle in Deutschland bisher, die eindeutig auf die Neue Grippe zurückgeführt werden müssten. Business as usual eben. Aber nur oberflächlich betrachtet.

Hinter den Kulissen wird das Virus intensiv erforscht, fieberhaft an der Impfstoffzulassung gearbeitet, kontrovers über Strategien diskutiert – und an den Pandemieplänen gefeilt.

Wenn die gegenwärtige Pandemiediskussion für eines gut ist, dann dafür:

Betriebe, die einen Pandemieplan bisher für überflüssig hielten, haben umgesteuert.

Die seit Jahren entwickelten Szenarien werden an dem in Deutschland milde verlaufenden Pandemiefall überprüft.

Dabei ergibt sich durchaus Korrekturbedarf. So müssen Pandemiepläne, in denen betriebliche Maßnahmen mit den Pandemiestufen der WHO korrelieren, der Erkenntnis angepasst werden, dass Phase 6 nicht gleichbedeutend mit hoher Morbidität und Letalität ist.

Mängel in der Organisation, Kommunikation und personellen Zuordnung werden beseitigt. So folgert aus manchem Pandemieplan bisher: Stell Dir vor: Es ist Pandemie – und der Betriebsarzt ist außen vor...

Zentrale Rolle des Betriebsarztes bei einer Pandemie

Die inzwischen gesammelten praktischen Erfahrungen zeigen, dass gerade dem Betriebsarzt bei einer Pandemie eine zentrale und aktive Rolle zukommt. Er ist eben nicht das letzte Glied in der Kette, reduziert auf die Durchführung von Impfungen, die Untersuchung von Erkrankten und die Ausgabe von Medikamenten, sondern entscheidend beteiligt am organisatorischen Krisenmanagement. Deshalb darf er nicht „außen vor“ bleiben!

Mitglied des Krisenstabes

Der Krisenstab setzt sich aus Mitgliedern der Geschäftsführung, des Betriebsrats, der Personalabteilung, der Abteilungen Arbeitssicherheit und Öffentlichkeitsarbeit und individuell weiterer relevanter betrieblicher Funktionen zusammen. Medizinischer Sachverstand und damit die Mitarbeit des Betriebsarztes ist unverzichtbar.

Der auf Managementebene angesiedelte Krisenstab greift im Pandemiefall akut ein und koordiniert alle erforderlichen Maßnahmen.

Im interpandemischen Stadium beschafft der Betriebsarzt regelmäßige Informationen über potenziell für eine Epidemie / Pandemie in Frage kommende Erreger im Sinne einer Lagebeurteilung. Er informiert den Krisenstab über die Gefährdung, Maßnahmenplanungen, medizinische Aspekte und legt Kriterien und Entscheidungsvorlagen zur Beschlussfindung zur Bevorratung von Medikamenten vor.

Seine Aufgabe ist auch die Ausarbeitung und Vorlage von besonderen Verhaltensregeln (z. B. Vermeiden des Händeschüttelns, Hand- und Flächendesinfektion, Verwenden von Schutzhandschuhen und Schutzmasken, Besonderheiten bei der Gebäudereinigung) und die Mitwirkung an der Erarbeitung des betrieblichen Krisenplanes (emergency response, business continuity).

Nach dem Ausbruch von Erkrankungen hat der Betriebsarzt dem Krisenstab fortlaufend über die Ausbreitung des Erregers, den Krankenstand und den Krankheitsverlauf zu berichten.

Um die jeweils adäquaten präventiven Maßnahmen auf betrieblicher Ebene abzustimmen, sollte der Betriebsarzt regelmäßig mit den zuständigen Behörden kommunizieren. Insbesondere ein frühzeitig in der interpandemischen Phase geknüpfter und gepflegter Kontakt zu den örtlich zuständigen Gesundheitsämtern erleichtert im Ernstfall die Einleitung wirkungsvoller Maßnahmen.

Als fachlicher Berater hat der Betriebsarzt nicht nur den Krisenstab, sondern das gesamte Unternehmen aktiv zu unterstützen. Dies geschieht durch innerbetriebliche, standortübergreifende Informationen im Intranet, durch Rundschreiben und Firmenzeitung.

Damit dies auf solider fachlicher Grundlage geschehen kann, muss er sich aktuell über Fachmedien informieren. Hilfreich und empfehlenswert sind aber auch persönliche Kontakte zu versierten ärztlichen Kollegen, Institutionen und Ämtern.

Jährliche Grippeimpfung

Zur wirkungsvollen Pandemieplanung gehört die jährliche Immunisierung gegen die saisonale Influenza.

Die Aufgabe des Betriebsarztes in diesem Zusammenhang ist nicht nur deren Durchführung, sondern auch deren nachhaltige Bewerbung.

Die Impfung ist ausdrücklich auch allen Beschäftigten, die reisen, dringend zu empfehlen. Dass sich die Betriebsärzte und ihre Mitarbeiter selbst impfen lassen, sollte selbstverständlich sein.

Akutversorgung

Im Falle des Pandemieausbruchs werden sich auch Betriebsärzte angesichts wahrscheinlicher Versorgungsengpässe an der Akutversorgung beteiligen müssen und sich nicht auf den präventiven Charakter ihrer Tätigkeit zurückziehen können und wollen.

Um wirksam helfen zu können, müssen auch im betriebsärztlichen Dienst u. a. geeignete PSA (z. B. Schutzmasken, Handschuhe), antivirale Medikamente und Desinfektionsmittel bevorratet werden.

Zusammenfassung

Eine Influenzapandemie stellt eine Herausforderung für alle am betrieblichen Miteinander Beteiligten dar. Dem Betriebsarzt kommt dabei eine herausgehobene Funktion zu. Er ist eben nicht nur impfender oder behandelnder Arzt, sondern Manager.

Er berät die Leitung des von ihm betreuten Unternehmens so, dass sie das Thema Pandemie ernst- und annimmt und qualifizierte präventive Maßnahmen ergreift.

Ist das nicht lohnende und vornehmste Aufgabe des Betriebsarztes als Gesundheitsmanager?



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

Diskussionsstand zur Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1) sogenannte „Schweinegrippe“



Dr. Annegret E. Schoeller
Pandemiebeauftragte
der Bundesärztekammer

Die ersten Erkrankungen an einem neuen Influenza A Virus (H1N1) wurden im April 2009 aus Mexiko gemeldet. In den folgenden Wochen und Monaten hat sich das Virus weltweit ausgebreitet. Die WHO hat am 11. Juni 2009 die Warnphase 6 einer Pandemie ausgerufen. Diese Warnphase besagt, dass anhaltende Krankheitsausbrüche eines Influenzavirus in mindestens zwei WHO-Regionen aufgetreten sind, wobei zu berücksichtigen ist, dass die sechs WHO-Regionen nur teilweise mit den Kontinenten übereinstimmen. Der Schweregrad der virusbedingten Erkrankungen geht in die WHO-Einstufen, nach entsprechender Änderung der Definition der Phasen einer Pandemie nicht ein. Mit Stand vom 23. September 2009 wurden in Europa 53.042 Krankheitsfälle und 159 Todesfälle gemeldet. Weltweit wurde von 3.984 Todesfällen berichtet.

Zunächst nur Einzelfälle

Bei einem Reiserückkehrer aus Mexiko wurde in der zweiten Aprilhälfte in Deutschland erstmals die neue Influenza A (H1N1) festgestellt. In den ersten Wochen nach der erstmaligen Feststellung wurde nur von vereinzeltten Erkrankungen berichtet, die durch Reisen eingeschleppt wurden. Im Juli 2009 stiegen die Meldungen stark an. Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden bis zum 24. September 2009 insgesamt 19.703 Fälle der neuen Grippe (Influenza A H1N1) übermittelt, davon 5.796 autochthon. Die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen lag in der 31. Kalenderwoche mit über 3.300 Meldungen am höchsten und ist in den folgenden Wochen kontinuierlich gesunken. Der

Anteil der autochthonen Fälle ist hingegen in den letzten Wochen angestiegen. So haben in den letzten Wochen wahrscheinlich über 40 % der übermittelten Fälle die Infektion in Deutschland und die restlichen im europäischen Ausland erworben.

Aktuelle Daten

Die bislang vorliegenden Daten zur Übertragungswahrscheinlichkeit der neuen Influenza A (H1N1) sind nicht eindeutig. Während zwei kürzlich publizierte tierexperimentelle Studien eine im Vergleich zur saisonalen Influenza geringere bzw. ähnliche Übertragungswahrscheinlichkeit zeigten, wird die Übertragungsrate in epidemiologischen Analysen, basierend auf Daten aus Peru, Mexiko, Japan und Neuseeland, ähnlich oder sogar höher als bei der saisonalen Influenza eingeschätzt.

Derzeit ist nicht auszuschließen, dass die Übertragungswahrscheinlichkeit in Mitteleuropa in den Wintermonaten höher ist als aktuell beobachtet. Aus Neuseeland zeigen Daten einen klassischen epidemiologischen Verlauf in der kalten Jahreszeit, der sich nicht von saisonalen Epidemien unterscheidet. In Deutschland wird derzeit der weitaus überwiegende Teil, d. h. bis zu 90 % der Influenzakerkrankungen, durch die neue Influenza A (H1N1) ausgelöst und verdrängt die typischen Erreger der saisonalen Influenza.

Eine aktuelle epidemiologische Untersuchung zu den bislang erfassten weltweiten Todesfällen spricht dafür, dass die Sterblichkeit der neuen Influenza etwas höher liegt, jedoch in der gleichen

Größenordnung wie bei der saisonalen Influenza. Die Gefährlichkeit der neuen Influenza A liegt einerseits in Komplikationen bei Schwangeren und anderen Risikogruppen sowie in primär progredienten Viruspneumonien bis hin zur Ausbildung eines ARDS, die bei der saisonalen Influenza kaum beobachtet wurden und nur einen sehr kleinen Prozentsatz vermutlich genetisch prädisponierter Personen betreffen. Andererseits wird das Risiko zukünftiger pathogenitätserhöhender Veränderungen diskutiert. Dass genetische Veränderungen des Influenza A (H1N1)-Virus eintreten werden, die zu einer relevanten Erhöhung der Pathogenität führen, ist möglich. Die Wahrscheinlichkeit einer derartigen Veränderung lässt sich nicht abschätzen. Dieser Umstand lässt jedoch Spekulationen viel Raum.

Altersdurchschnitt bei 22,8 Jahren

In Deutschland liegt derzeit der Altersdurchschnitt der Erkrankten bei 22,8 Jahren (bis 89 Jahre). 77 % der Erkrankten sind 10 bis 29 Jahre alt. 4 % der Fälle sind jünger als zehn Jahre, 18 % sind 30 bis 59 Jahre alt; weniger als 1 % der gemeldeten Fälle sind 60 Jahre und älter. In Kalifornien lag das mediane Alter aller Fälle bei 17 Jahren, das mediane Alter der hospitalisierten Patienten bei 26 Jahren und das der gestorbenen Patienten bei 45 Jahren. In einer Untersuchung von Serumproben bei Personen über 60 Jahren ließen sich in einem Drittel der Fälle kreuzreaktive Antikörper

per gegen die neue Influenza A nachweisen, die auf eine Exposition mit verwandten Influenzaviren in früheren Jahren zurückzuführen sind und einen gewissen Schutz vor Erkrankung an der neuen Influenza A zu bieten scheinen. Bei den 18- bis 64-Jährigen ließen sich noch in 6–9 % kreuzreaktive Antikörper nachweisen, während die untersuchten Kinder keine derartigen Antikörper besaßen.

Es wird berichtet, dass bestimmte Risikofaktoren mit einem höheren Risiko für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an neuer Influenza assoziiert sind: Schwangerschaft und Vorerkrankungen wie z. B. chronische Erkrankung der Atemwege, chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten, multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben, angeborene oder erworbene Immundefekte. Von weltweit 574 dokumentierten bis Mitte Juli 2009 an neuer Influenza A verstorbenen Patienten liegen für 241 Patienten Daten zum Vorhandensein bzw. Fehlen relevanter Vorerkrankungen vor. Von diesen 241 Patienten hatten 90 % relevante Vorerkrankungen. Bei 8 der 16 an neuer Influenza verstorbenen Schwangeren sind relevante Vorerkrankungen dokumentiert.

Experten empfehlen Impfen

Zur Prävention von Infektionserkrankungen wird neben einem geeigneten infektionshygienischen Management der Einsatz von Impfstoffen von den Experten empfohlen. Die Entwicklung und Zulassung eines Impfstoffs nach Identifizierung eines Pandemievirus nimmt Zeit in Anspruch. Um bei einer Influenzapandemie in einem beschleunigten Verfahren Impfstoffe zu erhalten, wurde das Verfahren der Zulassung von Modellimpfstoffen sogenannte „Mock-up-Impfstoffe“ entwickelt. Der Modellimpfstoff entspricht dem Pandemieimpfstoff hinsichtlich Zusammensetzung und Herstellungsprozess, enthält jedoch zunächst als Antigen einen

Influenzastamm, mit dem die Bevölkerung bislang nicht exponiert war. Der Modellimpfstoff durchläuft ein Zulassungsverfahren vor einer Pandemie. Sobald das Pandemievirus bekannt ist, wird das neue Antigen in den Modellimpfstoff eingefügt. Dies wird „Stamm-anpassung“ genannt. Dann bewirbt sich der Hersteller mit ergänzenden Daten um die Zulassung des geänderten Impfstoffs. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat vier Modellimpfstoffen die Zulassung erteilt. Nach den von der EMA festgelegten Kriterien muss ein Modellimpfstoff unter anderem bei mindestens 70 % der Menschen schützende Antikörperspiegel induzieren, um als wirksam eingestuft zu werden. Mit diesen Impfstoffen werden mit den Antigenen der neuen Influenza A (H1N1) derzeit klinische Prüfungen vorgenommen.

Der Einsatz von Adjuvantien in den Pandemieimpfstoffen wird begründet mit der Verstärkung der immunologischen Reaktion, die es nach Aussage einiger Experten ermöglichen soll, die erforderliche Antigenmenge einer Impfdosis zu reduzieren und die zu einer Kreuzimmunität gegen ein verändertes Pandemievirus beitragen soll. Die Adjuvantien in den für Deutschland bestellten Pandemieimpfstoffen wurden kürzlich in einigen Zeitschriften und anderen öffentlichen Äußerungen kritisch bewertet, wie zum Beispiel im *Arznei-telegramm* vom 11. September 2009.

Adjuvantien enthalten drei der vier in Europa zugelassenen Modellimpfstoffe. Der mit einer Aluminiumverbindung adjuvanzierte Impfstoff Daronrix® von GlaxoSmithKline (GSK) wurde in den klinischen Studien nach Stammanpassung nicht weiter verfolgt. In Focetria® von Novartis und in Pandemrix® von der Firma GSK ist jeweils eine Öl-in-Wasser-Emulsion, MF59 bzw. AS03 genannt, beigefügt, die Squalen enthält. Squalen ist ein Zwischenprodukt der Cholesterinsynthese und wird aus Haifischleber gewonnen. Zu MF59 als

Adjuvant liegen Daten zum Sicherheitsprofil insbesondere bei älteren Patienten vor, da es auch im seit dem Jahr 2000 zugelassenen saisonalen Influenza-Impfstoff Fludax® enthalten ist. AS03 ist bislang in keinem zugelassenen Impfstoff enthalten, jedoch liegen bislang unveröffentlichte Daten aus Studien mit mehreren 10.000 Probanden vor, die nach Angaben des Paul Ehrlich-Instituts (PEI) bislang keine Hinweise auf die Induktion von Autoimmunreaktionen oder Guillain-Barré-Syndrom (GBS) ergeben haben. Aufgrund des seltenen Auftretens von spontanen Fällen von GBS kann bei der genannten Probandenzahl jedoch eine Erhöhung des Risikos der Erkrankung nach Impfung nicht mit ausreichend hoher Sicherheit ausgeschlossen werden. Kein Adjuvant enthält der Impfstoff Celvapan® der Firma Baxter, wobei die enthaltenen inaktivierten Viren in Säugetierzellen anstelle von Hühnereiern gezüchtet werden. Nach bislang unveröffentlichten Informationen befindet sich ein weiterer zellkulturbasierter Pandemieimpfstoff mit MF59 als Adjuvant in der Entwicklung. In Focetria® sind 7,5 µg und in Pandemrix® 3,75 µg zur Induktion einer schützenden Antikörperbildung erforderlich. Celvapan® enthält pro Impfdosis 15 µg Antigen.

Es gibt Hinweise, dass durch die Adjuvantierung eines Impfstoffs gegen Pandemieinfluenzaviren die Bildung von schützenden Antikörpertitern auch gegen andere Stämme humaner H5N1-Viren induziert werden kann, also in gewissem Umfang eine Kreuzimmunität entsteht. Das PEI geht davon aus, dass durch die Zugabe von Adjuvantien auch leichte Veränderungen, sogenannte Driftvarianten, der neuen Influenza mit dem Pandemieimpfstoff abgedeckt werden können. Diese Auffassung wird jedoch von anderen Experten als nicht sicher durch Daten belegt angesehen. Pathogenitätserhöhende Veränderungen von Influenzaviren betreffen in der Regel nicht die Hämagglutininbestandteile des Virus. Es wird angenommen, dass diese die wichtigs-

ten antigenen Komponenten für die Erzeugung einer Immunantwort darstellen. Daher ist nicht sicher zu beurteilen, ob die jetzige Impfung auch bei einem veränderten hoch pathogenen H1N1-Virus schützt.

Der Impfstoff Pandemrix® enthält als Konservierungsmittel die organische Quecksilberverbindung Thiomersal. Dies ist notwendig, weil Pandemrix® nur in Mehrfachgebinden mit Ampullen mit jeweils zehn Impfdosen zur Verfügung stehen wird. In epidemiologischen Studien ließ sich der lange diskutierte Verdacht auf einen Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Erkrankungen und thiomersalhaltigen Impfstoffen nicht bestätigen. Die Anwendung von Thiomersal als Konservierungsmittel in Mehrfachgebinden wurde von der EMEA eindeutig befürwortet. Der aus MDCK-Zellkulturen von Hundenierenzellen mit MF59-Adjuvanz hergestellte Impfstoff von Novartis ist derzeit noch nicht als Modellimpfstoff zugelassen. In Kürze werden die Studien hierzu abgeschlossen.

Bewertung der Daten

Die abschließende Bewertung der vorliegenden Daten ergibt, dass grundsätzlich alle Bevölkerungsgruppen von der Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1) profitieren können. Jeder Bürger sollte im Rahmen der Zulassung der Impfstoffe die Möglichkeit einer Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1) haben. Die zeitliche Reihenfolge, die in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit der Impfstoffe nach der STIKO-Empfehlung geimpft werden soll, erscheint sinnvoll. Jedoch hat die Impfung grundsätzlich nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung zu erfolgen. Der Arzt hat den zu Impfenden in einem persönlichen Gespräch aufzuklären. Diese ärztliche Leistung ist nicht delegierbar.

Durch die Erfahrungen zu den Adjuvantien aus der Anwendung in anderen Impfstoffen liegen Informationen zur Sicherheit der Pandemieimpfstoffe vor.

Allerdings fehlen öffentlich zugängliche Daten für bestimmte Personengruppen wie Kinder und Schwangere, sodass eine Sicherheitsbewertung für diese Gruppen nicht möglich ist. Aus Sicherheitsgründen sollte den Personengruppen, für die keine ausreichenden Daten zur Sicherheit vorliegen, ein nicht adjuvanzierter Impfstoff angeboten werden.

Überwachung erforderlich

Es bestehen eingeschränkte Kenntnisse zur Sicherheit in Bezug auf den Pandemieimpfstoff aufgrund der Personenzahl in den Zulassungsstudien. Weil in der Pandemiesituation eine große Zahl von Personen kurz nach der Zulassung mit dem Impfstoff exponiert werden wird, ist eine engmaschige Überwachung der auftretenden unerwünschten Wirkungen erforderlich. So ist gewährleistet, dass beim Auftreten bislang unerkannter Sicherheitsprobleme rasch Maßnahmen zur Risikoabwehr eingeleitet werden können. Insbesondere für Schwangere und Kinder sollte ein aktives Überwachungssystem nach der Impfung eingeführt werden.

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte werden bei der Massenimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1) eine Rolle spielen. Entweder können sie über Werkverträge in Gesundheitsämtern oder in ihrem Betrieb impfen. Der Impfstoff ist Eigentum der Länder. Sie verteilen diesen meist über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden ebenfalls über Verträge bei der Impfung einbezogen. Auf Länderebene werden derzeit Verträge zwischen der GKV und den Ländern erarbeitet. Darin steht, dass die Arbeitgeber generell die Impfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) bezahlen müssen. Laut Einschätzung des BMAS gilt solch eine Vereinbarung nicht, sondern die allgemeinen Arbeitsschutzregelungen. □

*Dr. Annegret E. Schoeller
Pandemiebeauftragte
der Bundesärztekammer*

AOK sieht Meinungsfreiheit gestärkt

Der Bundesgerichtshof hat nach Einschätzung des AOK-Bundesverbandes mit seiner Entscheidung über die Bewertung von Lehrern durch Schüler im Internet die Meinungsfreiheit gestärkt. Vor dem Hintergrund des geplanten Arzt-Navigators werde die Gesundheitskassen die Entscheidung des BGH „selbstverständlich noch genauer analysieren, um die Erwägungen des BGH in die Gestaltung des Arztnavigators einfließen zu lassen“, erklärte ein Sprecher des AOK-Bundesverbandes. „Der von der AOK geplante Arzt-Navigator soll Versicherten helfen, den richtigen Arzt zu finden und hat damit eine ganz andere Ausrichtung. Mit dem Portal Spickmich.de ist das nicht zu vergleichen.“ So unterscheide sich das Arzt-Patienten-Verhältnis sowohl von der beruflichen Sphäre des Arztes als auch von den Bewertungsinhalten her von dem Fall eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses.



Das höchste deutsche Zivilgericht hatte zuvor in Karlsruhe entschieden, dass die Bewertung von Lehrern im Internet nicht gegen deren Persönlichkeitsrecht verstößt. Schüler dürfen demnach aus Spickmich.de weiterhin Noten für Lehrer vergeben. Die Senatsvorsitzende Gerda Müller betonte aber, dass damit nicht alle Bewertungsportale für zulässig erklärt würden. Vielmehr müsse jeder Einzelfall geprüft werden. □



Ärztinnen – die Zukunftsperspektive für die Medizin

*Dr. med. Astrid Bühren,
Präsidentin
des Deutschen Ärztinnenbundes**



Das Thema Prävention hat im engeren medizinischen Sinne Gesundheitsvorsorge und Krankheitsvermeidung durch vorbeugende Maßnahmen im Blick, im Besonderen durch Änderungen, z. B. im Ernährungs- oder Bewegungsverhalten. Der Kongress wird hierzu umfassend und ausführlich informieren, Stellung beziehen und in die Zukunft weisen.

Prävention im weiteren Sinne bedeutet auch:

Vorausschauend handeln, Entwicklungen vorhersehen, Maßnahmen zur Vermeidung ungünstiger und zur Förderung günstiger Entwicklungen anzulegen und zu ergreifen.

Aber auch Fehldenken zu analysieren und ein Umdenken zu initiieren.

Aktuell besteht eine akute Notwendigkeit der Früherkennung und Sekundärprävention in der politischen Diskussion um einen prognostizierten schwerwiegenden Ärztemangel und das angebliche Erkennen einer Feminisierung in der Medizin.

** Aus der Eröffnungsrede zum 31. Wissenschaftlichen Kongress des DÄB in Leipzig*

Für uns als der einzige umfassend für die beruflichen Belange von Ärztinnen tätige Verband gilt es daher aktuell, auch auf diesem Feld präventiv tätig zu werden. Es ist Vorsorge zu treffen, dass Ärztinnen nicht länger als Sündenböcke dafür angesehen werden, dass einem in vieler Hinsicht immer unattraktiver werdenden Beruf in Zukunft der Nachwuchs fehlt.

Dr. Kösters von der Deutsche Krankenhausgesellschaft wurde zitiert, der mehr Studienplätze fordert. Bezüglich der Vereinbarkeit seien die Kliniken inzwischen gut aufgestellt. 20 % böten laut einer Umfrage des Deutsche Krankenhausinstituts (DKI) inzwischen betriebliche Kinderbetreuung an und lägen damit über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft. Allerdings war ihm nicht bekannt, wie ich hinterher im persönlichen Gespräch von ihm erfuhr, dass die im DKI-Barometer 2008 erfassten Daten keineswegs bedeuten, dass die vorhandenen Betreuungsplätze auch für die Kinder von Ärzten und Ärztinnen zur Verfügung stehen. Lange Wartelisten, Bevorzugung der Kinder des Pflegepersonals und oft nur wochentägliche

Betreuung ohne arbeitszeitkompatible Öffnungszeiten bringen die realistisch nutzbaren Angebote leider wieder in Richtung der deutliche niedrigeren Zahlen, die der Deutsche Ärztinnenbund 2006 in seiner bundesweiten Befragung – in der explizit erfragt worden war, ob eine Klinik Betreuungsplätze auch für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten anbietet – aller Krankenhäuser fand.

Die BÄK fordert nicht mehr Studienplätze, sondern auch die Zulassung ohne eine Eins vor dem Komma. Dies ist schon längst möglich: Zulassungen über die Wartelisten, als Härtefälle und per Auswahl durch die Universitäten selbst machen einen relativ hohen Prozentsatz aus.

Der Vizevorsitzende des Marburger Bundes, Botzlar und andere fragten zu Recht, ob denn erwiesen sei, dass die mit den schlechteren Abiturnoten die besseren Ärzte würden und seltener ins Ausland abwanderten.

Die allen diesen Statements zugrunde liegenden Daten hat die Bundesärztekammer aus dem eigenen Haus und aus Angaben des Statistischen Bundesamtes extrahiert.

Danach leisten Ärztinnen seit 1991 pro Kopf prozentual 9,1 % mehr, männliche Kollegen 6,2 % weniger Arbeitszeitvolumen, aber insgesamt die Ärztinnen im Durchschnitt knapp 9,8 Stunden weniger. (s. Artikel Flintrop)

Die Teilzeitarbeit wird oft als wesentlicher Faktor genannt, weshalb das Gesundheitswesen mit den Ärztinnen kapazitätsmäßig schlechter fährt.

Aus einer sehr aufwendigen Studie von Rosta, die im September 2007 im Deutschen Ärzteblatt erschien, geht jedoch hervor, dass überhaupt insgesamt nur 10 % der Ärzte und Ärztinnen in Teilzeit beschäftigt sind.

Weiterhin arbeiteten die in Vollzeit angestellten Frauen 9,7 Wochenstunden täglich im Mittelwert, Männer 10,00, also 0,3 Stunden mehr. Da wäre es dann schon relevant zu wissen, ob diese 0,3 Stunden mehr Quantität oder mehr Qualität bedeuten!

Tatsache ist,

- nur Ärztinnen können schwanger werden und
- nur Ärztinnen können und müssen den gesetzlichen Mutterschutz nehmen können

Müssen aber deshalb Ärztinnen nur als Durchschnittssumme gesehen werden? Muss deshalb Teilzeit als Defizit gesehen werden? Erfahrungen zeigen, dass gerade in Teilzeit hoch motiviert und effizient gearbeitet wird.

Es gibt viele Ärztinnen mit und ohne eigene Kinder gibt, die mindestens genauso viele (Über-)Arbeitsstunden leisten wie Ärzte.

Tatsächliche **Realität** ist:

Wir erleben derzeit einen **Normalisierungsprozess weg von der Maskulinisierung der Medizin hin zur Erlangung eines überfälligen und auch notwendigen zahlenmäßigen Gleichgewichts von Ärztinnen und Ärzten.**

direkt und ohne lange Umschweife entlassen. Auch die „Trümmerfrauen“ haben anerkanntermaßen große Aufbauleistungen vollbracht.

Heutzutage ist keine Rede mehr davon, dass Frauen nicht in der Lage sind, intellektuelle, körperliche und psychische Höchstleistungen zu vollbringen. Prof. Wolfgang Hermann, Präsident der TU München, formulierte im Mai 2005: „Die Frauenpower hat unsere Hochschule klüger und menschlicher, aktiver, mutiger, klarer und dennoch moderater gemacht – eingedenk der griechischen und lateinischen Tugenden, die alle weiblich waren, von der Sapientia (Weisheit) bis zur Justitia (Gerechtigkeit).“

Aktuelle Realität ist: Junge Frauen sind hoch motiviert und leistungsbereit, im Geschlechtervergleich haben sie die besseren Abiturnoten. Nach jahrzehntelanger Anwendung des durchaus prinzipiell hinterfragbaren Numerus clausus wird nun Plötzlich die Frage gestellt, ob hervorragende Abiturnoten tatsächlich die geeignete Voraussetzung für den ärztlichen Beruf seien. Diese Diskussion des Numerus clausus im Zusammenhang mit der sogenannten Feminisierung, nämlich dem Eintritt von mehr Medizinstudentinnen als Medizinstudenten in die ärztliche Laufbahn, erweckt mehr als nur den Anschein einer Diskriminierung.

Tatsächlich ist es so, dass genügend männliche und weibliche Erstsemester antreten, aber eben zu wenige das Studium beenden und noch weniger in deutschen Krankenhäusern und Praxen tätig werden wollen. Die Gründe hierfür sind bekannt: Die derzeitigen Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit in der Klinik sind sowohl für Männer wie für Frauen hinsichtlich Zeitaufwand, Gestaltungsmöglichkeiten und der Erlangen von Lebenszeitpositionen unattraktiv. Die biologische Besonderheit von Frauen, nämlich die Mutterschaft, wird zumindest in Deutschland derzeit nicht ausreichend unterstützt und gefördert. Mehr noch, es gibt gesetzliche Mutterschutzbestimmungen, die pauschale Tätigkeitsverbote verordnen und individuelle Risikoreduktionen nicht zulassen.

Fazit: Schluss mit einer defizitorientierten Diskussion und mit Diskriminierung!

Lassen Sie uns diskutieren, welche Arzt- oder Ärztin-Persönlichkeit mit welchen Fähigkeiten und welchen Lebenserfahrungen zu fördern ist.

Zielgruppen sind junge und alte Menschen, um sinnvolle Primär- bis Tertiärprävention und Früherkennung zu vermitteln, und kranke Menschen, um mit bestmöglicher Compliance eine bestmögliche Genesung zu erzielen. Schwerkranken Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen sind in ihrem Leiden zu begleiten.

Wissenschaftliche Untersuchungen, die hier auf dem Kongress auch referiert werden, zeigen, dass Ärztinnen mit ihrer hohen Kompetenz keine Konkurrenz zu fürchten brauchen.

Wir werden nun jedenfalls keine defizitorientierte Diskussion in Richtung unserer männlichen Kollegen starten! □

Danke!

Zur Jahresmitte ist der Verlagsleiter Medizin im Gentner Verlag in Stuttgart, Gernot Keuchen, ausgeschieden.



G. Keuchen

Keuchen verbringt jetzt einen aktiven Ruhestand am Tegernsee. Es ist mir – auch in meiner Eigenschaft als langjähriger Chefredakteur des Ärzteblatt Baden-Württemberg – ein besonderes Anliegen, Gernot Keuchen für die exzellente, innovative, faire und zuverlässige Zusammenarbeit zu danken. Und ich denke, dass ich dies so auch im Namen der zahllosen Autorinnen und Autoren sagen kann. Keuchen hat seit 1992 mehrere Ärzteblätter und Fachzeitschriften geleitet und dem Verlag ein beachtlich modernes Fachbuchprogramm aufgebaut, insbesondere für die führenden Standardwerke der Arbeitsmedizin. □

Jürgen Dreher

Psychische Erkrankungen im Betrieb: „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt...!“

Ein Seminar zum Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern

Führungskräften kommt eine herausragende Rolle bei der Frage zu, was bedeutet „gesunde Führung“, wie entsteht ein „gesunder Betrieb“. Die Zahl der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an, somit auch die betriebs- und volkswirtschaftlichen Folgekosten. Die Kenntnisse der Führungskräfte zur frühzeitigen Erkennung psychischer Auffälligkeiten einzelner Mitarbeiter und daraus resultierender Störungen betrieblicher Abläufe sind oft wenig entwickelt. Das Seminar „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt...!“ enttabuisiert den Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern und vermittelt entsprechende Kenntnisse. Ziele des Seminars sind schnellere und angemessene Hilfe für betroffene Mitarbeiter, Handlungssicherheit für Führungskräfte, Optimierung des Rehabilitationsprozesses und der Wiedereingliederung psychisch Kranker am Arbeitsplatz, Kostenreduzierung für Betrieb und Sozialversicherung.

Umstrukturierung der Arbeitswelt

In Folge eines ständigen Wandels der Arbeitswelt in immer schnelleren Schritten ergibt sich u. a. eine zunehmend höhere Arbeitsdichte und ein vermehrter Qualifikationsdruck für die Mitarbeiter. „Das Tempo des sozio-ökonomischen Wandels hat deutlich zugenommen, die Sicherheit der Arbeitsverhältnisse spürbar abgenommen“ (Badura et al. 2000). Parallel zu dieser Entwicklung wächst die Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand nimmt in den letzten Jahren beständig zu (DAK

Gesundheitsreport 2008). Inzwischen nehmen sie unter den Diagnosehauptgruppen den vierten Rang beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ein (Lademann et al. 2006). Die psychischen Erkrankungen sind seit 2003 der häufigste Grund für eine gesundheitsbedingte Frühberentung (Robert Koch Institut Hrsg. 2006). Dabei spielen Ängste, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen mit etwa 2/3 aller psychisch bedingten Frühberentungen die größte Rolle (Irle H. et al. 2001). Psychische Erkrankungen verursachen enorme betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten. Nach einer Schätzung der Europäischen Kommission (Europäische Kommission 2005) betragen diese etwa 3–4 % des Bruttoinlandsprodukts.

Durchschnittlich dauert es 7 Jahre bis psychische Störungen diagnostiziert und adäquat behandelt werden. Daraus resultiert, dass eine psychisch bedingte Leistungsminderung die Betriebsergebnisse bereits negativ beeinflusst, lange bevor der betroffene Mitarbeiter arbeitsunfähig ausfällt. Die Leistungsminderung beträgt bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen nach betriebswirtschaftlichen Berechnungen 20–40 % (Panse, Stegmann 1998). Eine lange Erkrankungsdauer, in der zunächst keine angemessene Behandlung erfolgt, wirkt sich ungünstig auf die Prognose und damit auch auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess aus.

In vielen Unternehmen ist Suchtprävention und Unterstützung suchtkranker Mitarbeiter in den letzten 25–30 Jahren erfolgreich eingeführt worden. Mit Hilfe von Fortbildungsmaßnahmen wurden insbesondere Vorgesetzte zum Thema „Sucht“ sensibilisiert und ihnen konkrete Regeln und Handlungsanweisungen für den Umgang mit Betroffenen im betrieblichen Alltag nahe gebracht (Lei-



Kontakt

Dr. med. Heiko Krefter
Facharzt für Innere und Arbeitsmedizin
Johannes-Orttenburger-Straße 14
67273 Weisenheim am Berg
Telefon: 0 63 53-76 20
Fax: 0 63 53-91 41 54
E-Mail: krefter@t-online.de

Dipl.-Psych. Reiner Wieland
AHG-Klinik für Psychosomatik
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Telefon: 0 63 22-9 34-2 71
E-Mail: rwieland@ahg.de

dig 2003). Die Bedeutung psychischer Störungen, wie z. B. Angstzustände und Depressionen, wird dagegen im betrieblichen Kontext weiterhin unterschätzt.

Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und Betrieb

Die AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim hat deshalb seit vielen Jahren eine enge Kooperation mit Werksärzten und Sozialberatern verschiedener Unternehmen in der Region aufgebaut. Ein Resultat dieser Vernetzungen mit den Betrieben stellt das Seminar „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt“ dar. Als Zielgruppe werden vor allem Führungskräfte, aber ebenso Mitarbeiter der Personalabteilung, Betriebs- und Personalräte, Werksärzte, Sozialberater, Disability Manager, letztlich alle für Mitarbeiter Verantwortung

tragenden Personen im Betrieb angesprochen. In diesem Seminar wird Sensibilität und Wissen zu dem Thema „psychische Erkrankungen“ vermittelt. Es wurde in Zusammenarbeit mit der Sozialberatung im Werksärztlichen Dienst der Daimler AG, Werk Mannheim, vor zehn Jahren erstmalig angeboten und seitdem weiterentwickelt.

Seminaraufbau: „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt...“

„Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt...“

AGENDA

09:00–09:45	Begrüßung, Vorstellung der TeilnehmerInnen, Abfrage der Erwartungen
09:45–10:15	Einführende Informationen zu „Psychischen Auffälligkeiten“
10:15–10:45	Entstehungsbedingungen psychischer Störungen am Beispiel von Arbeitsstress
10:45–11:00	PAUSE
11:00–12:00	„Was erwarten Sie von einem Vorgesetzten?“ Teil 1: Patienten-Interview
12:00–12:45	„Was erwarten Sie von einem Vorgesetzten?“ Teil 2: Diskussion im Plenum
12:45–13:45	MITTAGESSEN
13:45–14:45	Erscheinungsweisen psychischer Störungen im Überblick
14:45–15:15	Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern im Betrieb
15:15–15:30	PAUSE
15:30–16:30	Videosequenzen / Rollenspiel / Fallbearbeitung / Gesprächsleitfaden
16:30–17:00	Abschlussrunde – Seminauswertung



AHG Klinik für Psychosomatik
Bad Dürkheim

im späteren betrieblichen Alltag erleichtern, da die Rahmenbedingungen in einer solchen Klinik aus eigener Anschauung eingeschätzt werden können.

Leitfaden für Krisengespräche

Die Handlungssicherheit von Führungskräften – sinnvoller Weise auch der Arbeitnehmervertretung, die häufig ebenfalls an den Gesprächen mit Betroffenen beteiligt ist – im Umgang mit psychisch

Leitfaden – in 5 Schritten

- 1. Rahmenbedingungen herstellen: rechtzeitige Terminvereinbarung, Vorbereitung auf das Gespräch, ausreichend Zeit zur Verfügung stellen, Ausschaltung von Störungen**
- 2. Auffälligkeiten beschreiben: möglichst präzise Darstellung der Veränderungen im Leistungs- und/oder im Sozialverhalten, die Anlass zur Sorge geben (Leistungsdokumentation, konkrete Verhaltensbeispiele)**
- 3. Sichtweisen erfragen: Ursachen-erklärungen des Mitarbeiters, Vorstellungen der Führungskraft unter besonderer Berücksichtigung des Modells zur Entstehung psychischer Störungen**
- 4. Hilfe und gemeinsame Lösungssuche anbieten: Verbesserungsmöglichkeiten von Seiten des Mitarbeiters, betriebliche Hilfsmöglichkeiten (Sozialberatung, werksärztlicher Dienst oder externe Hilfsangebote, Informationen dazu vorher einholen)**
- 5. Vereinbarungen treffen: Festlegung der Veränderungsziele und -schritte und des Zeitplans, Aufzeigen von Konsequenzen, evt. Durchführung derselben, Dokumentation des Gesprächs.**

Das Gespräch mit einem Betroffenen (Patienten-Interview)

ist geprägt von dem Bericht eines stationären Patienten über die Entwicklung seiner Problematik und der damit verbundenen arbeitsplatzbezogenen Auswirkungen bzw. Hintergründe. Dieser intensive Erfahrungsaustausch zwischen den Führungskräften und einem Patienten bildet quasi das „Herzstück“ des Seminars. Das ist auch der Grund, weshalb das Seminar in aller Regel in der Klinik stattfinden sollte. Gleichzeitig lernen die Teilnehmer eine Psycho! (-somatische) Fachklinik kennen und können möglicherweise bestehende Vorurteile korrigieren. Dies soll Hilfsangebote durch die Führungskraft an betroffene Mitarbeiter

auffällig gewordenen Mitarbeitern wird erhöht, wenn mit einem Leitfaden für Krisengespräche gearbeitet wird. Ein solcher wird den Teilnehmern vorgestellt und mitgegeben. Das Ziel des Gesprächs besteht darin, dem Mitarbeiter dabei zu helfen, aus einer psychischen Krise herauszufinden und seine Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Eine wertschätzende, wohlwollende Grundhaltung der Führungskraft ist daher unbedingt notwendig. Es kann davon ausgegangen werden, dass i. d. R. mehrere Gespräche notwendig sein werden. Sie sollten als Prozess konzipiert sein, was durch den Leitfaden erleichtert wird. In Rollenspielen wird dieses Gesprächsvorgehen geübt oder es wird eine ent-

sprechende Video-Demonstration gezeigt. Die Gratwanderung, die eine Führungskraft dabei bewältigen muss, wird besonders herausgearbeitet: So besteht einerseits die Gefahr, zu persönlich zu werden und die Privatsphäre des Mitarbeiters zu verletzen, andererseits kann ein zu geringes Maß an Konfrontation zu Unverbindlichkeit führen, die letztlich keine Änderungsmotivation schafft. Da im Verlaufe des Gesprächs häufig schon sehr bald professionelle Unterstützung erforderlich wird, wird Führungskräften empfohlen – insbesondere wenn sie ihre ersten Gespräche dieser Art führen müssen –, sich schon in der Gesprächsvorbereitung nach internen oder externen Hilfsmöglich-

keiten zu erkundigen und sich ggf. von diesen beraten zu lassen. In Großunternehmen besteht ein eigener werksärztlicher Dienst und meist eine Sozialberatung, die von der Führungskraft als konkrete Hilfsmöglichkeiten benannt werden und die weitere Schritte einleiten können. In Klein- und Mittelbetrieben muss die Führungskraft selber den Mitarbeiter an geeignete externe Stellen vermitteln. Entsprechende Adressen im Umfeld des Betriebes sollten spätestens im Rahmen der Vorbereitung eines Krisengesprächs erkundet werden.

Bisherige Erfahrungen mit dem Führungskräfte-seminar

Das Seminar „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt“ wird seit mehreren Jahren für Führungskräfte verschiedener Großunternehmen durchgeführt. Die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer und die steigende Zahl der Anmeldungen belegt, dass einerseits bei den Führungskräften und den weiteren Zielgruppen ein Bedarf für ein solches Seminar besteht, andererseits dass die grundlegenden Seminarziele erreicht werden. Es findet eine Enttabuisierung und Entdramatisierung des Themas „psychische Störungen“ statt. Dazu werden die Führungskräfte für die Signale einer beginnenden psychischen Störung sensibilisiert und ihnen Handlungssicherheit im Umgang mit betroffenen Mitarbeitern geboten. Betroffenen Mitarbeitern sollte durch ihre Führungskraft rascher und kompetenter Hilfestellung angeboten werden und damit für ihr Unternehmen und die Sozialversicherungsträger Kosten reduziert werden.

Viele teilnehmende Führungskräfte und Betriebsräte, erleben die Atmosphäre in der Klinik, insbesondere den „face-to-face“-Kontakt mit einem Betroffenen, als besonders geeignet zur Erreichung der Seminarziele und bezüglich der Umsetzbarkeit in ihren betrieblichen Alltag. Viele Vorgesetzte melden als wichtiges Element die Klärung der Verantwortlichkeiten zurück. Einer-

seits gehört es zu ihren Führungsaufgaben, Sensibilität und Verständnis für die Problemlage eines Mitarbeiters in einer psychischen Notsituation zu entwickeln, andererseits können sie ihre Führungsposition dahingehend sicherer wahrnehmen, dass betroffene Mitarbeiter die Verpflichtung haben, notwendige Hilfen anzunehmen und aktiv an der Überwindung von Schwierigkeiten mitzuarbeiten. Bei der Rückkehr in den Betrieb nach einer längeren Krankheitsphase oder einer stationären Behandlung ist die Kompetenz des Vorgesetzten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erneut erforderlich. Mögliche Hilfestellungen durch den Betrieb, aber auch Unterstützungsmöglichkeiten externer Stellen (Integrationsamt, Rentenversicherung, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, ambulante Fachdienste) sollten in dieser Phase des Wiedereingliederungs- und Gesundungsprozesses bekannt sein. Ein zu großes Maß an Schonung und Rücksichtnahme ist in vielen Fällen weder hilfreich für den Betroffenen noch betrieblich umsetzbar.

Nicht zuletzt leistet das Seminar indirekt auch einen wichtigen Beitrag zu einer verbesserten Selbstfürsorge der Führungskräfte. Die Teilnehmer können das vorgestellte Stressmodell auch auf ihre eigene Situation anwenden und sich mit ihren eigenen Bewältigungsstrategien auseinandersetzen.

Neuere Entwicklungen und Ausblick

Da die Bedeutung psycho-(somatischer) Erkrankungen immer deutlicher wird und die entsprechenden Kosten ansteigen, erkennen immer mehr Unternehmen hier Handlungsbedarf. Den zu erfolgreichem Handeln für die Gesundheit des Mitarbeiters und des Betriebes notwendigen Erwerb spezieller Führungskompetenz und des dazu erforderlichen Basiswissens über psychische Erkrankungen bieten wir den Teilnehmern in unserem Seminar an. Die Fürsorge um die Gesundheit – auch die psychische – der Mitarbeiter wird in

den Betrieben zunehmend als wichtige Führungsaufgabe erkannt, die in enger Beziehung zu Unternehmenskultur, Mitarbeiteridentifikation und -motivation und damit letztlich einer erfolgreichen Unternehmensführung steht. Derzeit vollzieht sich ein wünschenswerter Wandel in der Unternehmenskultur vieler Betriebe, nicht zuletzt in Anbetracht der demographischen Entwicklung, der längeren Lebensarbeitszeit und des erwarteten Bedarfes an qualifizierten Mitarbeitern. Dies zeigt sich in den vermehrt etablierten betrieblichen Personalstrategien wie „Betriebliche Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsmanagement“, „Disability Management“. Zur Erreichung der auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft (Motivation) der Mitarbeiter ausgerichteten Unternehmensziele bietet die AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim mit dem Seminar „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt...“ einen wichtigen Baustein an. Die berufliche Reintegration und damit der Genesungsprozess der Patienten/Mitarbeiter mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen werden verbessert, die Kompetenzen in den Unternehmen im Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern erhöht und Kosten für Betriebe, Krankenkassen und Rentenversicherung reduziert. □

Literatur bei den Autoren.

BGN-Präventionspreis 2010

Insgesamt 50.000 Euro Preisgeld lobt der Verband der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) im Rahmen des Wettbewerbs um den BGN-Präventionspreis 2010 aus. Gesucht werden wegweisende, neuartige oder besonders erfolgreiche Sicherheits- und Gesundheitsschutzlösungen aus allen Unternehmen, die bei der BGN versichert sind. Bewerbungsschluss ist der 28.02.2010. Mehr bei Jörg Bergmann. E-Mail: joerg.bergmann@bgn.de □

Was ist eine Zwangsstörung?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Zwangsstörungen gehören zu den 4 häufigsten psychischen Erkrankungen. Interkulturelle Untersuchungen zeigen, dass die Häufigkeit der Zwangserkrankung in allen Kulturen nahezu gleich ist (Lebenszeitprävalenz 2–3%), sich lediglich die Inhalte und Themen der Zwänge sich je nach Kulturkreis unterscheiden. Bestimmte Zwangsrituale, wie etwa Gehwegplatten an den Stoßkanten nicht zu betreten oder mehrfach die Elektrogeräte auf „Aus“ vor Verlassen der Wohnung zu kontrollieren, kommen recht häufig vor. Diesen Verhaltensweisen kommt in der Regel kein Krankheitswert zu. Ebenso gehören im Kindesalter z. B. bestimmte Einschlafrituale zur normalen Entwicklung.

Der Beginn einer krankhaften Zwangsstörung liegt meistens schon im jugendlichen- bzw. im frühen Erwachsenenalter. Eine Ersterkrankung nach dem 40. Lebensjahr kommt so gut wie nicht vor. Männer und Frauen erkranken im Gegensatz zu depressiven oder Angststörungen etwa gleich häufig.

Die Erkrankung verläuft im Allgemeinen chronisch, das heißt, es treten in einer sehr sensiblen Phase des Lebens, in der Berufs- oder Partnerwahl-Entscheidungen fallen, schwere psychosoziale Beeinträchtigungen durch die Zwangsstörung auf. Diese bleiben in der Regel lebenslang bestehen und verursachen schwere Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen und beruflichen Alltag. Nur 50% der Zwangspatienten leben in einer Partnerschaft.

Als Ursache werden neben einer neurobiologischen Komponente (Dysfunktion in Basalganglien, Frontalhirn, limbischem System, auf Neurotransmitterebene im Serotonin-System) auch psychologische Faktoren angenommen.

Eine Sonderform der Zwangsstörung ist das sogenannte „Messie-Syndrom“, das sich durch das zwanghafte Horten beliebiger Gegenstände und ein „Vermüllen“ auszeichnet.

Differentialdiagnostisch muss die Zwangsstörung auch vom Gilles-de-la-Tourette-Syndrom unterschieden werden, bei welchem stereotype Handlungen, Tics und repetitives zwanghaftes Äußern von Fäkalsprache vorkommen.

Wie erkenne ich eine Zwangsstörung

Die Zwangsstörung manifestiert sich entweder in Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen, die die Betroffenen nicht durch eigene Willensanstrengung unterdrücken können. Die Stereotypie und das Erleben, das diese Gedanken einerseits in ihrem Kopf entstehen, aber trotzdem als sinnlos oder auch ich-

fremd empfunden werden (wenn die Inhalte peinlich sind oder nicht dem eigenen Naturell entsprechend wahrgenommen werden), quälen die Betroffenen erheblich, erzeugen massive Schuldgefühle und Ängste. Die Versuche, sich gegen die als abstrus, bizarr oder „verrückt“ erlebten Gedanken zu wehren, bleiben meist erfolglos. Kurzzeitiges Unterdrücken der Zwangshandlung erzeugt einen erheblichen Druck, der nur durch das erneute Durchführen der Zwangshandlung gemildert werden kann. Dabei wird die Zwangshandlung an sich in der Regel nicht als angenehm empfunden. Beispielsweise waschen sich Menschen mit Waschzwang immer weiter die Hände, auch wenn die Haut bereits schmerzhaft durch die Waschhandlungen erkrankt ist. Es scheint allerdings bei länger dauernder Erkrankung ein Rückgang der Aversion gegen die Handlungen vorzuliegen.

A. Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen bestehen an den meisten Tagen für den Zeitraum von mindestens 14 Tagen

B. Die Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen zeigen sämtliche der folgenden Merkmale:

- Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben (wie dies z. B. bei einer Schizophrenie der Fall sein könnte)
- Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben und unsinnig identifiziert
- Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
- Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm.

C. Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.

Tab. 1: Diagnostische Kriterien nach ICD 10

Zwangsgedanken	Zwangshandlungen
Befürchtungen, sich selbst oder andere zu verletzen, aufgrund unkontrollierbarer Impulse ungesteuert zu handeln und dadurch Schaden anzurichten	Zwanghaftes Kontrollieren (Haustür abgeschlossen? Bügeleisen aus? Auch komplexere Handlungsabläufe müssen mehrfach nachvollzogen werden.) Meiden der Versorgung eines Kindes etc.
Befürchtungen und Ekel im Zusammenhang mit körperlichen Ausscheidungen, Schmutz oder Keimen	Zwanghaftes Waschen (Duschen, Zähneputzen etc.) wanghaftes Desinfizieren
Befürchtungen, etwas Wertvolles wegzuerwerfen	Zwanghaftes Horten, Sammeln von Müll, Zwang den Inhalt der Müllsäcke immer wieder zu kontrollieren
Befürchtungen, wenn man vor einer Handlung nicht z. B. „Gott ist groß“ gedacht habe, dass die Aktion dann schief geht	Immer wieder neues Starten eines Handlungsablaufes
Zählzwänge	Zwangsrituale, wie bestimmte Gegenstände antippen, anfassen
Befürchtungen, etwas verloren zu haben, etwas nicht zu erinnern	Handeln wie unter Zeitlupe

Tab. 2: Inhalte von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, nach Häufigkeit

Betroffene haben eine sehr hohe Tendenz, die Zwangsgedanken und/oder -handlungen zu verheimlichen. Die Zwangsstörung gilt deshalb als „heimliche Krankheit“. Darum muss meist aktiv und in einer entlastenden, nicht stigmatisierenden Weise nachgefragt werden. (z. B. „Kommt es manchmal vor, wenn Sie besonders nervös oder angespannt sind, dass bestimmte Tätigkeiten, die Sie immer wiederholen müssen, Sie entspannen oder entlasten? Mussten Sie das danach immer häufiger tun?“) Erkrankte wenden meist jahrelang den größten Teil ihrer Lebensenergie dafür auf, nach außen hin „normal“ zu funktionieren. Im Schnitt dauert es 11 Jahre von der Ersterkrankung bis zum ersten Kontakt mit einer ärztlichen Stelle. Eine Sonderform der Zwangsstörung ist das sogenannte „Messie-Syndrom“, das vorwiegend durch zwanghaftes Horten gekennzeichnet ist. Hier müssen die Betroffenen wieder und wieder nachprüfen, ob sich unter den benutzten Dingen des alltäglichen Lebens nicht wertvolle Dinge befinden, was unweigerlich zu einem „Vermüllen“ der Wohnung führt. Benutzte Zettelchen, Kaugummi-Papierchen, leere Konservendosen oder Milchtüten und anderes können nicht

weggeworfen werden. Häufig besteht auch ein zwanghaftes Kaufen, ohne dass eine realistische Gebrauchserwartung für das Gekaufte besteht. Der als Lebensraum zur Verfügung stehende Wohnraum wird immer geringer, in Extremfällen führen kleine Pfade zwischen Bett, Toilette und Küche durch die grotesk aufgehäuften Müllmengen. Diese Störung führt selbstredend zu einer enormen psychosozialen Isolation. Zunehmende Berichte in der Laienpresse sowie Internet-Foren haben mittlerweile zu einer besseren Information über dieses extrem stigmatisierende Krankheitsbild geführt. Zwangserkrankungen haben eine erhöhte Komorbiditätsrate, das heißt, häufig leiden die Betroffenen zusätzlich an einer Angststörung, einer depressiven Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeiden- den/abhängigen Typ. Manchmal kann es schwierig sein, eine Angsterkrankung mit vorwiegend hypochondrischen Ängsten von einer Zwangserkrankung mit Befürchtungen bezüglich Krankheitskeimen zu unterscheiden. Zwangsgedanken kommen auch gehäuft bei schizophrener Psychosen vor. Auch bei einer Depression können in der

Akutphase Zwangsgedanken vorkommen. In beiden Fällen verschwinden die Zwangsgedanken aber nach Abklingen der akuten Krankheitsphase.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant:

Der Arbeitsmediziner kommt einer Zwangsstörung am ehesten auf die Spur, wenn folgende Symptome länger als 14 Tage vorliegen:

- Extreme Ordnungsliebe und rigides Beibehalten einer genauen Anordnung der Utensilien auf dem Schreibtisch
- Sehr langsame Arbeitsabläufe
- Hohe Irritierbarkeit durch Ablenkung, z. B. Ansprache oder Telefonklingeln
- Soziale Isolierung, Kollegen werden über Jahre oder Jahrzehnte hinweg nie nach Hause eingeladen mit stets wechselnden Ausflüchten
- Auffälliges Verhalten im Zusammenhang z. B. mit Händewaschen, Reinigungsritualen von Gegenständen

Die gezielte Exploration durch den Arbeitsmediziner kann eine frühere Diagnosestellung und damit einen früheren Behandlungsbeginn und eine bessere Prognose mit sich bringen. Wichtig ist bei der Exploration die Betonung des krankhaften Charakters des Verhaltens in dem Sinne, dass es dem Betroffenen nicht als Schuld oder Versagen zugeschrieben wird.

Wie werden Zwangserkrankungen behandelt

Zwangsstörungen können sowohl psychopharmakologisch als auch psychotherapeutisch bzw. mit einer Kombination von Beidem behandelt werden. Für die psychopharmakologische Behandlung haben sich in erster Linie das serotonerge System unterstützende Medikamente bewährt. Das sind zum einen die schon längere Zeit zur Verfügung stehenden trizyklischen Antidepressiva Imipramin und Clomipramin, zum anderen die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. (Citalopram, Sertralin, Fluoxetin etc).

Wirkstoffklasse	Wirkstoff
Trizyklische Antidepressiva mit unspezifisch serotonerger Wirkung	Imipramin Clomipramin
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer	Citalopram Sertralin Fluoxetin Paroxetin

Tab. 3: Antidepressiva zur Behandlung von Zwangsstörungen

Bei der Behandlung der Zwangserkrankung müssen diese Antidepressiva in der Regel hoch dosiert werden. Häufig muss man bis an die Grenze der ambulant zulässigen Höchstdosis gehen, in der Regel höher als in der Behandlung einer Depression. Auch die Wirklatenz ist länger als bei der Depressionsbehandlung: zwei Monate in der Höchstdosis sollten abgewartet werden, bis die Wirksamkeit eines Präparates endgültig beurteilt werden kann.

Zusätzlich können niederpotente Neuroleptika zum Einsatz kommen (Melperon, Dipiperon, Chlorprothixen), wenn eine Schlafverbesserung gewünscht wird oder allgemeine Unruhe- und Angstsymptome zusätzlich vorliegen.

Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Benzodiazepine oder auch Elektrokampftherapie scheinen in der Regel wirkungslos zu sein.

Sogenannte „Hirnschrittmacher“, das heißt im Hirn stereotaktisch zu implantierende elektrische Impulsgeber befinden sich derzeit im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung und scheinen zumindest kurzfristig Erfolge zu bringen. In Einzelfall sind auch Erfolge beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom erzielt worden. Längere Beobachtungszeiten liegen derzeit noch nicht vor.

Psychotherapeutisch stehen in erster Linie verhaltenstherapeutische Ansätze als Mittel der Wahl zur Verfügung. Hier kommen nach der initialen Verhaltensanalyse der Zwangshandlungen sowohl Konfrontations- als auch Habituationstechniken zum Einsatz.

In früheren Jahren kamen häufiger auch psychoanalytische Ansätze zur Anwen-

dung. Zumindest bei einem Teil der Erkrankten mit aggressiv getönten Zwangsgedanken, z. B. dem Kind etwas antun zu können, haben diese Ansätze zu der falschen Deutung einer Ablehnung der Elternrolle oder dem unbewussten Wunsch zur Tötung des Kindes geführt und zu einer enormen Zunahme des Leidensdrucks und der Schuldgefühle bei den Betroffenen geführt. Inzwischen geht man davon aus, dass solche Deutungen in der Regel völlig obsolet sind.

Gleichzeitig ist es wichtig, den Betroffenen darauf hinzuweisen, dass Zwangskranke ihre Zwangsgedanken in der Regel nie in die Tat umsetzen. Meist führt bereits dieser Hinweis zu einer erheblichen Entlastung.

Tipps für die Wiedereingliederung

Zwangserkrankungen haben eine hohe Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung. Zwar scheint es auch leicht wellenförmige Verläufe mit periodischer leichter Zu- oder Abnahme der Symptomatik zu geben, es ist jedoch keine episodenhaft verlaufende psychische Erkrankung wie z. B. eine depressive Störung.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Restsymptomatik auch nach längerer AU-Zeit, eventuell auch nach stationärer Behandlung verbleibt, ist sehr hoch.

Deshalb sollte zusätzlich zu einer stufenweisen Wiedereingliederung, die zeitlich gestaffelt und unter weiterer Arbeitsunfähigkeit erfolgt, auch eine individuell angepasste Arbeitsanforderungs-Lösung erwogen werden. Dabei kann es bei schwereren Zwangsstörungen sinnvoll sein, z. B. Publikumsverkehr zu meiden. Zu Beginn der Erkrankung, nach oder unter laufender erfolgreicher Psychotherapie können jedoch Anforderungen von außen, auf die der Proband reagieren muss, sein „gegen die Zwänge an-arbeiten“ unterstützen.

Es empfiehlt sich hier in jedem Fall die Kontaktaufnahme zwischen Psychiater/Psychotherapeut und Arbeitsmediziner.

Bei schweren Verläufen kann es sinnvoll sein, eine teilweise Erwerbsminderungsrente anzustreben, die es dem Probanden ermöglicht, stundenweise im Beruf zu verbleiben. □

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

BQS auf neuem Kurs

Die BQS wird auch in Zukunft ihre erfolgreiche Arbeit im Dienste des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen fortsetzen – schreibt die Bundesärztekammer. Dr. Günther Jonitz, Vertreter der Bundesärztekammer im Kreis der Gesellschafter: „Angesichts des wachsenden Bedarfs an belastbaren Qualitätsdaten im Gesundheitswesen wird die umfassende Kompetenz der BQS als unabhängiges Institut künftig noch dringender benötigt als bisher. Gerade die in der BQS praktizierte Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen ist eine Grundvoraussetzung für Verbesserungen der Patientenversorgung.“ Die innovativen Projekte, die bereits jetzt mit verschiedenen Krankenkassen, Krankenhaus-Verbänden und Patientenorganisationen verhandelt werden, bestätigten – so die Bundesärztekammer – dies eindrücklich. Auch die Verbände der Krankenkassen würden die BQS als künftigen strategischen Partner sehen. Nach Mitteilung des AOK Bundesverbandes soll der neue strategische Freiraum intensiv genutzt werden, um die Verfahren der Qualitätsmessung und -verbesserung mit Nachdruck weiterzuentwickeln und in der medizinisch-pflegerischen Versorgung umzusetzen. □

Nutzen betriebs- ärztlicher Tätigkeit

Dr. med.
Jens Petersen



Dr. med. Jens Petersen, *Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Hamburg*

Die Frage nach dem Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit ist gleichzeitig die Frage nach dem Nutzen der Arbeitsmedizin im betrieblichen Kontext und ihre Rolle in einem integrierten Gesundheitsversorgungssystem. Arbeitsmedizin sieht sich als medizinische, vorwiegend präventiv orientierte Fachdisziplin, die sich einerseits mit Untersuchung, Bewertung, Begutachtung und Beeinflussung der Wechselbeziehungen zwischen Anforderungen, Bedingungen und Organisation der Arbeit sowie andererseits dem Menschen, seiner Gesundheit Arbeitsfähigkeit und seinen Krankheit befasst. Hieraus leiten sich die wesentlichen Merkmale betriebsärztlicher Tätigkeit ab, wie sie im Arbeitssicherheitsgesetz beschrieben sind. Bereits hier, spätestens aber um Unternehmen selbst wird der Kontrast zwischen ärztlicher Tätigkeit gemäß der Berufsordnung und betriebswirtschaftlicher und sozialpolitischer Sichtweise deutlich. Die Frage nach dem Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit ist also sinnvoll auf Unternehmensebene nur im Rahmen einer Aufgabenbeschreibung zu beantworten.

Aufgaben

Viele Unternehmen sehen den Betriebsarzt vorrangig als Mediziner, der Untersuchungen durchführt. Eine wesentliche Funktion der Betriebsärzte besteht aber in der fachkundigen Beratung sowohl der Arbeitgeber und der Beschäftigten. Dies setzt eine kontinuierliche Fortbildung voraus. Eine positive Eigendarstellung des Betriebsarztes erscheint zwingend notwendig, sie orientiert sich an dem Rollenbild, den bisherigen Kennt-

nissen und Erfahrungen, an den Erwartungen des Unternehmens und an den Erwartungen der Beschäftigten einschließlich der Personalvertretung. Entscheidend hierfür ist die frühzeitige Einbindung in betriebliche Prozesse. Voraussetzung für die betriebsärztliche Tätigkeit ist die detaillierte Kenntnis des betreuten Unternehmens. Sie kann der Betriebsarzt durch Mitarbeit bei der Gefährdungsbeurteilung, Arbeitsplatzbegehungen, Beobachtung und Auswertung des Unfall- und Krankheitsgeschehens, Gespräche mit den Betriebsangehörigen und Teilnahme an Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses erwerben.

Beratung

Aufgaben und Inhalte der betriebsärztlichen Betreuung ergeben sich aus dem Arbeitssicherheitsgesetz. Nach diesem Gesetz ist der Betriebsarzt in der Anwendung seiner Fachkunde weisungsfrei. Dies sichert die unabhängige Beratung des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers. Sie umfasst insbesondere die Unterstützung des Arbeitgebers und der für den Gesundheitsschutz verantwortlichen Personen bei

- Arbeitsphysiologischen, -hygienischen, -psychologischen und -ergonomischen Fragestellungen
- der Auswahl und Erprobung persönlicher Schutzausrüstungen sowie allgemeiner Schutzvorrichtungen
- dem betrieblichen Umgang mit psychisch Traumatisierten (Erste Hilfe, Weiterleitung an UV-Träger)
- der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen

- der Beurteilung der Arbeitsbedingungen
- Fragen des Arbeitsplatzwechsels und der Eingliederung und Wiedereingliederung Leistungsgewandelter in den Arbeitsprozess
- der Organisation der Ersten Hilfe und einer funktionsfähigen Rettungskette
- der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen, sozialer und sanitärer Einrichtungen.

Eine arbeitsmedizinische Beratung bereits bei der Planung betrieblicher Veränderungen zur Vermeidung späterer kostspieliger Nachbesserungen erfordert die frühzeitige, in der Praxis nicht immer vorhandene, Einbindung des Betriebsarztes.

Gefährdungsbeurteilung

Die Erstellung und Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung ist Aufgabe des Arbeitgebers. Nach der Gefahrstoffverordnung muss er fachkundige Personen wie den Betriebsarzt einbeziehen, wenn er selbst nicht über diese Fachkunde verfügt. Auch nach der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung ist die Gefährdungsbeurteilung durch fachkundige Personen durchzuführen. Nach der Biostoffverordnung muss er in jedem Fall den Betriebsarzt an der Gefährdungsbeurteilung beteiligen. Betriebsärztliche Mitwirkung bietet sich in allen Phasen der Gefährdungsbeurteilung mit Planung, Durchführung und Einleitung eines ständigen Verbesserungsprozesses an.

Begehung

Begehungen dienen am Beginn einer betriebsärztlichen Betreuung vorrangig dazu, den Betrieb kennen zu lernen und um die erforderlichen Betreuungsinhalte planen zu können. Die Erfüllung der Beratungsaufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz erfordert ebenso wie die Gefährdungsbeurteilung regelmäßige Begehungen in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Beurteilung der Bedingungen im Betrieb. Auch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen setzen die Kenntnis des Arbeitsplatzes voraus. Begehungen bieten auch die Möglichkeit, mit den Mitarbeitern Kontakt aufzunehmen und zu signalisieren, dass die betriebsärztliche Betreuung sich nicht auf medizinische Untersuchungen beschränkt. Gemeinsame Begehungen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Arbeitnehmervertretung verbessern die Zusammenarbeit und ermöglichen die Beurteilung von Arbeitsplätzen aus verschiedenen Blickwinkeln. Neben regelmäßigen Begehungen in bestimmten Zeitabständen werden aus verschiedenen Gründen anlassbezogene Begehungen durchgeführt:

- Analyse von Arbeitsunfällen und Wegeunfällen
- Anfrage oder Anordnung der Aufsichtsbehörden
- Arbeitsplatz- und Standortwechsel
- Auftreten von möglicherweise arbeitsbedingten Erkrankungen
- Beurteilung der Arbeitsplatzverhältnisse auf Veranlassung des Beschäftigten.
- Einstellung oder Umsetzung leistungsgewandelter Arbeitnehmer
- Gesundheitliche Bedenken bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die eine Überprüfung des Arbeitsplatzes erfordern
- Meldung über eine Schwangerschaft (Mutterschutzgesetz)
- Planung neuer Arbeitsplätze, Arbeitsverfahren oder Arbeitsmittel
- Wiedereingliederung nach Krankheit oder Unfall (§ 84 SGB IX).

Untersuchung

Je nach Tätigkeit und Gefährdung muss der Arbeitgeber den Beschäftigten Vorsorgeuntersuchungen anbieten oder diese verpflichtend veranlassen. Darüber hinaus gibt es Untersuchungen auf Wunsch der Beschäftigten. Der Betriebsarzt hat spezifische Kenntnisse über die Arbeitsplätze, deshalb sollte der bestellte Betriebsarzt mit der Durchführung der Untersuchung und Beratung beauftragt werden.

▪ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind überwiegend in der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge geregelt. Darüber hinaus finden sich weitere Rechtsgrundlagen beispielsweise in der Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Druckluftverordnung und Gesundheitsschutzbergverordnung. Empfehlungen zur Durchführung der Untersuchungen geben die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Sie stellen den Stand der Arbeitsmedizin dar.

▪ Untersuchungen auf Wunsch des Beschäftigten

Bei vermutetem Zusammenhang einer Erkrankung mit den Arbeitsbedingungen, bei Untersuchungen zu besonderen Fragestellungen (Zweitmeinung zur Klärung der Arbeitsplatzrelevanz), bei Betreuung nach Extremerlebnissen und bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und ärztlichen Attesten kann eine Untersuchung auf Wunsch des Beschäftigten durchgeführt werden.

▪ Eignungsuntersuchungen

Führt der Betriebsarzt Eignungsuntersuchungen durch, sollte er den zu untersuchenden Mitarbeiter über Unterschiede zu den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aufklären.

▪ Untersuchungen bei oder nach langen (chronischen) Erkrankungen

Wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, hat der Arbeitgeber zu prüfen, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und mit welchen Leistungen und Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Auf Wunsch des Beschäftigten muss er den Betriebsarzt hinzuziehen. Weiterhin bestehen Untersuchungen zur Planung und Begleitung der Wiedereingliederung nach langer Krankheit (zum Beispiel nach dem Hamburger Modell), Untersuchungen zum Einsatz leistungsgewandelter Beschäftigter und für die Initiierung und Begleitung von Rehabilitationsverfahren. Weiterhin sind Untersuchungen bei einer Beratung im Rahmen von Suchterkrankungen zu nennen.

▪ Freiwillige Untersuchungsangebote des Unternehmens

Sie bestehen in Angeboten zur Verhaltensprävention im Rahmen der Gesundheitsförderung, im Rahmen von Vorsorgeprogrammen (Krebsvorsorge), bei Sonderaktionen (Gesundheitstage), bei Grippeimpfung oder bei privater reisemedizinischer Beratung.

Ergibt sich bei einer der genannten Untersuchungen der begründete Verdacht auf eine vorliegende oder drohende Berufskrankheit, hat der Betriebsarzt eine Berufskrankheitenanzeige zu erstatten.

Unterweisung der Mitarbeiter

Das Arbeitssicherheitsgesetz fordert den Betriebsarzt ausdrücklich auf, die Beschäftigten über Unfall- und Gesundheitsgefahren bei der Arbeit sowie Maßnahmen zu deren Abwendung zu unterrichten. Insbesondere die Gefahrstoffverordnung fordert die arbeitsmedizinisch-toxikologische Beratung.

Aber auch Biostoffverordnung und Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung sehen eine allgemeine arbeitsmedizinische Beratung vor. Für bestimmte Unterweisungsthemen ist der Betriebsarzt aufgrund seiner Fachkunde in besonderer Weise geeignet: Erste Hilfe, Rückengerechtes Verhalten, Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen, Vibrationen Gefahrstoffen, Hautgefährdung, Lärmexposition, Tätigkeiten an Bildschirmarbeitsplätzen und Arbeitsorganisation.

Gesundheitsmanagement

Die Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems (BGM) bietet sowohl dem Arbeitgeber als auch den Beschäftigten viele Vorteile. Idealerweise ist Gesundheitsmanagement Teil von bereits im Unternehmen angewandten Managementsystemen und ein kontinuierlicher Prozess. Neben Maßnahmen der Verhältnisprävention auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung gehört immer auch Verhaltensprävention dazu. Betriebsärztliche Aufgaben im BGM sind z. B.

- Auswertung von Daten von Vorsorgeuntersuchungen, Mitarbeitergesprächen und Gesundheitsberichten, um Hinweise für geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erhalten
- Begleitung oder Durchführung einzelner Maßnahmen der Gesundheitsförderung
- Beratung bei der Planung des Gesundheitsmanagements
- Beratung und Vorschlag von Maßnahmen der Verhältnisprävention
- Beurteilung von und ggf. Zusammenarbeit mit externen Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (beispielsweise Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung)
- Evaluation durchgeführter Maßnahmen
- Innerbetriebliche Werbung für und Berichte über Angebote zur Gesundheitsförderung

- Moderation beispielsweise von Gesundheitszirkeln
- Motivation des Unternehmers, ein Gesundheitsmanagementsystem zu etablieren
- Unterstützung bei der Organisation der Gesundheitsförderung.

Demografie

Aufgrund des demografischen Wandels und der politischen Rahmenbedingungen gewinnen Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter für die Unternehmen immer größere Bedeutung. Deshalb sind gezielte Unterstützungsangebote, Trainingsmaßnahmen und altersorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung unverzichtbar. Es bedarf frühzeitiger Maßnahmen zur Gesunderhaltung, um die Lebensqualität und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Mögliche Beiträge des Betriebsarztes zu diesem Thema sind

- Altersbezogene Auswertung des Krankheitsgeschehens
- Beratung und Information zu anderem Belastungsbeanspruchungsverhalten
- Beratung des Unternehmers zum leistungsgerechten Einsatz älterer Beschäftigter
- Beratung zu Lebensarbeitszeitmodellen
- Beteiligung bei der Bewertung von Alterstrukturanalysen
- Programme für Mitarbeiter mit chronischen Erkrankungen
- Vorschläge von Maßnahmen der Gesundheitsförderung speziell für ältere Beschäftigte
- Vorträge oder Führungskräfte-schulung zur Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter (Ability – Disability).

Arbeit in Ausschüssen

Der Arbeitsschutzausschuss ist ein Gremium, das in allen Betrieben mit mehr als 20 Beschäftigten zu bilden ist. Der

Arbeitgeber bestimmt die Verantwortlichen für die Organisation der Arbeitsschutzausschusssitzungen (Zahl, Ort, Teilnehmer, Protokoll). Er oder ein Vertreter sollten als Entscheidungsträger teilnehmen. Der Ausschuss hat die Aufgabe, Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten und das weitere Vorgehen festzulegen. Er tritt in der Regel vierteljährlich zusammen. Der Betriebsarzt hat ebenso wie die Fachkraft für Arbeitssicherheit eine bedeutsame Beratungsfunktion im Arbeitsschutzausschuss. Weitere innerbetriebliche Ausschüsse, in denen sich der Betriebsarzt einbringen sollte:

- Arbeitskreis Schwerbehinderte
- Arbeitskreis Suchterkrankungen
- Gesundheitszirkel
- Integrationsteam im Rahmen von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM).

Nutzen

Um betriebsärztliche Kompetenz zu nutzen, müssen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten der Betriebsärzte im Unternehmen bekannt sein. Der Kenntnisstand hierüber ist häufig unzureichend, die Abgrenzung gegenüber kassenärztlichen Funktionen und die Rolle bei Arbeitsunfähigkeit unklar. Für eine effektive Einbindung und damit Nutzung betriebsärztlichen Handelns ist die Vernetzung der Betriebsärzte in betriebliche Prozesse anzustreben. Hierzu ist ein arbeitsmedizinfreundliches Klima und eine Akzeptanz betriebsärztlicher Tätigkeit erforderlich. Grundlage hierfür ist ein proaktives Rollenverständnis mit Integration in betriebliche Führungsstrukturen, Einbindung in Entscheidungsprozesse und Akzeptanz, Umsetzung und Evaluation betriebsärztlicher Vorschläge. Der Betriebsarzt berät den Arbeitgeber unmittelbar. Hierdurch ergeben sich für den Arbeitgeber Vorteile durch Kostenreduktion, störungsfreie Betriebsabläufe, Anhebung der Gesundheitsquote und Mitarbeitermotivation. Dies wird erreicht durch

Identifikation und Anwendung relevanter Normen

auf das Unternehmen, um

- Betriebsrisiken zu mindern
- Folgekosten für das Unternehmen zu vermeiden
- Rechtssicherheit durch die Erfüllung rechtlicher Vorgaben herzustellen
- Schutzziele mit geeigneten, effizienten Maßnahmen zu erreichen.

Beratung, abgeleitet von

den betrieblichen Erfordernissen:

- Arbeitsorganisation, Arbeitnehmerunterweisung
- Einkauf oder Gebrauch geeigneter persönlicher Schutzausrüstung
- Gefahrstoffen
- medizinische Maßnahmen (Untersuchungen, Prophylaxe)
- Rettungskette bei Notfällen, Havarien
- Schutzmaßnahmen, alternative Verfahren, Werkstoffe, Werkzeuge.

Identifikation besonderen

Fürsorgebedarfs

- Beispielsweise für Jugendliche, Schwangere und leistungsgewandelte Beschäftigte.

Zusammenfassung von Vorsorge

- Der Betriebsarzt fasst arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sinnvoll zusammen, vermeidet dadurch Doppeluntersuchungen, reduziert Abwesenheitszeiten der Beschäftigten und organisatorischen Aufwand.

Ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze sind eine Voraussetzung für hohe Produktivität, niedrige Fehlerquoten und eine Grundlage für Arbeitsplatzzufriedenheit. Optimierte Arbeitsorganisation senkt Belastungen, verbessert die Produktivität, und ist eine Grundlage für Motivation und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Auch bei der Beschaffung von ergonomischen Arbeitsmitteln, von Arbeitsstoffen mit geringerer Gesundheitsgefährdung und bei der Auswahl geeigneter persönlicher Schutzausrüstung hilft arbeits-

medizinisches Fachwissen. Aufwendige Nachbesserungen können vermieden werden, wenn der Betriebsarzt bei Neu- oder Umbaumaßnahmen bereits in der Planungsphase einbezogen wird.

Weiterhin hat der Betriebsarzt die Möglichkeit, zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht zu vermitteln, um die Leistungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen durch Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeit (z. B. Schichtmodelle) optimal zu nutzen. Auch wird er bei gesundheitlichen, persönlichen oder sozialen Problemen eines Beschäftigten mögliche Hilfestellungen seitens des Arbeitgebers zum Erhalt der vollen Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft des Mitarbeiters besprechen. Zusätzlich fördert er die Akzeptanz für Schutzmaßnahmen im Betrieb wie das Tragen notwendiger persönlicher Schutzausrüstung. Zur Unterstützung des Arbeitgebers bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung siehe Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung.

Für Mitarbeiter in Betrieben spielt es eine große Rolle im Hinblick auf ihre Motivation, ob der Betrieb sich verantwortlich für sie fühlt. Die Tatsache, dass sich der Betriebsarzt regelmäßig im Betrieb aufhält, Begehungen sowie Arbeitsplatzbesichtigungen durchführt und Gespräche mit den Beschäftigten führt, spielt hierfür eine wichtige Rolle. Es signalisiert, dass der Unternehmer sich fürsorglich mit den Arbeitsbedingungen, den möglicherweise vorhandenen Gefährdungen und den individuellen Leistungsvoraussetzungen seiner Beschäftigten auseinandersetzt und Möglichkeiten sucht, Gefährdungen gering zu halten sowie auf individuelle Gegebenheiten einzugehen.

Ursachen für die mangelnde Nutzung betriebsärztlicher Kompetenz liegen in der fehlenden Integration der Betriebsärzte in Unternehmen, in der fehlenden Einbeziehung in arbeitsmedizinische relevante Prozesse wie bei der betrieb-

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 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: juergen.dreher@online.de

lichen Wiedereingliederung und der Beschaffung von Arbeitsmittel und in der Reduktion auf Untersuchungen und anlassbezogene Beratungen. Wenn hierfür auch Informationsdefizite über das Leistungsspektrum betriebsärztlicher Tätigkeit verantwortlich sind, ist eine aktiv aufklärende Rolle der Betriebsärzte über ihren Beitrag zum Unternehmenserfolg gefragt. □