

Editorial

Warum ein Themenheft „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“?

Depressionen, Burn-out, Suchtverhalten

Auslöser für diese psychischen Gesundheitsprobleme können Stress, Druck oder Mobbing am Arbeitsplatz sein. Ein geregeltes Arbeitsleben und die damit verbundenen sozialen Kontakte können andererseits das psychische Gleichgewicht auch stabilisieren und einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten.

Dieses Thema wird in Zukunft auch für Betriebsärzte einen immer größeren Raum einnehmen und war Gegenstand eines Symposiums „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ veranstaltet von der Bundesärztekammer und mit dem Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit am 6. Oktober 2009. Die gehaltenen Referate sind in Kurzform in dieser Ausgabe von ASUpraxis abgedruckt und sollen eine aktuelle Darstellung zur Kooperation unter Ärzten und anderen Akteuren sein. Darüber hinaus wurde die Frage beantwortet, ob das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) psychisch kranken Menschen zu ihrem Recht verhelfen kann. Ferner wurden diagnostische Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit vorgestellt. Ebenso wurden erste erfolgverspre-

chende Konzepte auf unterschiedlichen Ebenen der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention vorgestellt.

In Anbetracht dessen, dass sich die Arbeitsbedingungen in den letzten 50 Jahren von einer Industriegesellschaft zu einer Informations- und Kommunikationsgesellschaft gravierend geändert haben, ist es unabdingbar, dass gerade in dem Bereich der psychischen Gesundheit viel mehr geforscht und zusammengearbeitet wird. Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz gehören zu den sogenannten „weichen Faktoren“, die nicht leicht zu erfassen sind. Deswegen ist es um so wichtiger, vernünftige diagnostische Instrumente zu entwickeln, die auch am Arbeitsplatz angewandt werden können, um eine klare und transparente Ist-Analyse zu erstellen. Nur so können adäquate Maßnahmen zur Änderung der Verhältnisse und des Verhaltens ergriffen werden – zum Wohl der psychischen Gesundheit von Beschäftigten.

Das Resümee dieser Tagung war, dass multidisziplinäre Zusammenarbeit aller Professionen, die an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligt sind, notwendig ist.

*Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin
Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer*



Die Kooperation der Betriebsärzte, der Rehabilitationsärzte, der behandelnden Hausärzte und der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Sozialmediziner etc. ist ein wichtiger Baustein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend und ohne Verzögerung unterstützen zu können.

Einig waren sich die Fachleute auch, dass noch weiter geforscht werden muss im Hinblick auf gute diagnostische Erhebungen, wie Fragebogenentwicklung zur Erfassung der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus müssen noch weitere gute Konzepte wie zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Wiedereingliederung von Leistungsgewandelten entwickelt und gelebt werden. Diese Tagung ist auch festgehalten in Form von Videoaufnahmen und abrufbar unter <http://baek.de/page.asp?his=1.99.3477.7778&all=true>.

Darüber hinaus wird sich ASUpraxis auch immer wieder dieser Thematik durch aktuelle Artikel stellen. □

*Dr. Annegret Elisabeth Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer*

Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft

Referentin: Dr. Cornelia Goesmann,
Allgemeinmedizinerin / Hausärztin
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Wir widmen uns heute auf verschiedenen Betrachtungsebenen dem Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und seelischer Gesundheit.

Ich erinnere mich noch sehr gut an meine Studienjahre, in denen wir als die heute sogenannte 68-iger Generation intensiv über soziale und sozioökonomische Rahmenbedingungen für Krankheit und Gesundheit diskutiert und die Abschaffung „entfremdeter Arbeit“ gefordert haben. Unsere damalige Vorstellung, der Mensch müsse sich in seiner Arbeit selbst verwirklichen, um gesund und zufrieden leben zu können, mag Etlichen der hier Anwesenden gelungen sein, entspricht aber nicht der Realität der heutigen Arbeitswelt und den ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die Mehrheit der deutschen Bevölkerung lebt.

Inzwischen arbeite ich seit 24 Jahren – durchaus in Selbstverwirklichung – als Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie und betreue mehrere Tausend Patienten hausärztlich über viele Jahre, ja oft Jahrzehnte lang. Der Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und Arbeitsplatzbedingungen meiner Patienten lässt sich sehr klar auf folgenden Nenner bringen:

Gesund, glücklich oder zufrieden, aktiv und motiviert bleiben diejenigen mit einem sicheren Arbeitsplatz, an dem sie sich geachtet und geschätzt fühlen.

- Patientinnen / Patienten, die sich am Arbeitsplatz überfordert, gemobbt und ausgenutzt erleben, entwickeln

früher oder später psychosomatische Beschwerden bis hin zu schweren psychiatrischen Krankheitsbildern, kündigen oder verlieren ihren Arbeitsplatz und fallen dann oft in die Langzeit-Arbeitslosigkeit.

- Berufstätige Patienten, die primär und unverschuldet psychisch erkranken (z. B. an einer Schizophrenie, Zykllothymie, schweren endogenen Depression usw.) verlieren in der Regel auf Dauer ihre Arbeit und sind kaum wieder einzugliedern, egal wie umfangreich und erfolgreich ihre Therapie sein mag.

Lassen sie mich dieser „gefühlten“ subjektiven Realität harte Zahlen hinzufügen:

Die Krankheitslast aufgrund psychischer Störungen in Deutschland ist, vergleichbar mit anderen westlichen Industrienationen, enorm hoch. Aus epidemiologischen Untersuchungen geht

MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DER ARBEITSWELT

Symposium der Bundesärztekammer und des
Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit

Redaktion: Dr. med. Annegret E. Schoeller



hervor, dass innerhalb eines Jahres ca. 31 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an mindestens einer psychischen Störung leiden. Dies allein entspricht 16,5 Millionen Erwachsenen im Erwerbsalter mit einer psychischen Störung. Die Häufigkeitsraten unter den Frauen fallen mit 37 % wesentlich höher aus als unter den Männern mit 25,3 %. Den weitaus größeren Anteil haben dabei effektive Störungen (11,9 %), Angsterkrankungen (14,5 %), somatoforme Störungen (11,0 %) und Abhängigkeitserkrankungen (4,5 %). Da eine Reihe psychischer Störungen in Deutschland bislang nicht systematisch in epidemiologischen Studien untersucht worden sind (u. a. Posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen) ist hier sogar noch von einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenzraten auszugehen.

Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung zu erkranken, wird sogar auf 43 % beziffert. Die Kosten für Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen werden dabei in Deutschland auf ca. 10 % der Kosten in der GKV geschätzt. Neben den direkten Behandlungskosten kommen bei einer Reihe psychischer Störungen in erheblichem Umfang weitere indirekte Kosten durch Minderung der Arbeitsproduktivität, Frühberentungen und Arbeitslosigkeit hinzu.

Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Unter Bezugnahme auf die jährliche Rate der Neuerkrankungen und die Dauer der Erkrankung/Behinderung ist davon auszugehen, dass aktuell etwa 400.000 bis 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland von einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung betroffen sind und längerfristig je nach den individuellen Erfordernissen Leistungen zur Krankenbehandlung, Rehabilitation und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft benötigen.

Diese Zahlen bewegen nicht nur Gesundheitsökonominnen oder die betroffenen Arztgruppen (Psychiater, Psychotherapeuten, Arbeits- und Betriebsmediziner sowie Hausärzte). Aufgrund von Schwere, Brisanz und Tragweite unseres heutigen Themas hat sich der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in einem eigenen TOP damit befasst und neben Analyse und Beschreibung der Situation klare politische Forderungen aufgestellt. Unser TOP damals und unser Auftrag für die kommenden Jahre lautete:

„Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“. Meine Damen und Herren:

Die Zahlen der Betroffenen kennen wir. Die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten 2 Jahrzehnten entscheidend verbessert. Aber dennoch, trotz hochpotenter

Pharmakotherapie, trotz umfangreicher verfügbarer Möglichkeiten zur ambulanten oder stationären Psychotherapie, trotz des Ausbaus der Rehabilitationsmöglichkeiten und des gewachsenen Verständnisses für psychische Erkrankungen in der Bevölkerung sind die Betroffenen, ihre Angehörigen und sogar die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt.

Als Stichworte nenne ich hier nur:

Mobbing in der Schule und am Arbeitsplatz; Leistungsausschlüsse bei Versicherungsgesellschaften und der PKV; Vorurteile gegenüber Erkrankten z. B. auf dem Wohnungsmarkt; Hemmschwellen der Betroffenen, sich zu outen und sich in Behandlung zu begeben...

Dies und viel mehr hat die Diskussion beim Deutschen Ärztetag beeindruckt und die Delegierten veranlasst, einen entsprechenden Forderungskatalog an Politik und Gesellschaft zu richten, aber auch selbst aktiv zu werden. Natürlich

waren auch mehrere der Forderungen eine Selbstverpflichtung der Deutschen Ärzteschaft. So ist die Bundesärztekammer noch 2006 Gründungsmitglied des „Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit“ geworden. Rund 60 Bündnispartner unter der Schirmherrschaft des BMG setzen sich seither – neben vielen anderen Aktiven und Initiativen – für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien ein. Einen wichtigen Auftrag und Arbeitsschritt unseres Bündnisses stellt das heutige Symposium dar, das nicht nur in der ärztlichen Öffentlichkeit, sondern auch in den Medien große Aufmerksamkeit hervorgerufen hat. National wie international stellt die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter ein zentrales Ziel für deren Versorgung und Behandlung dar.

Ich hoffe und erwarte, dass wir mit unserer Tagung diesem Ziel ein kleines Stück näher kommen werden und danke nochmals allen Anwesenden für Ihre Mitwirkung und Ihre Teilnahme daran! □

Gemeinsam gegen Ausgrenzung

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel,

Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit

Fast jeder Dritte leidet einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen, psychischen Erkrankung. Rund zehn Prozent der Fehltag bei den aktiv Berufstätigen gehen auf diese Diagnose zurück. Dabei hat sich der Krankenstand in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ in den letzten 5 Jahren mehr als verdoppelt. Depressionen, Schizophrenien sowie Alkohol- und bipolare (manisch-depressive) Erkrankungen zählen mittlerweile zu den häufigsten Erkrankungen weltweit.

Trotz der zentralen Bedeutung der seelischen Gesundheit sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabu in unserer Gesellschaft. Die Diagnose „psychisch krank“ ist mit einem Stigma versehen, das schwerwiegende Folgen für den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen haben kann. Das Stigma psychischer Erkrankungen wird daher auch als „zweite Krankheit“ für die Betroffenen bezeichnet.

Vor diesem Hintergrund wurde unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt,

MdB, das Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit gegründet. Rund 60 Bündnispartner beteiligen sich an dem bundesweiten Netzwerk, darunter Experten der Berufsgruppen des psychiatrischen Versorgungssystems, Betroffene und ihre Angehörigen. Initiiert wurde das Bündnis von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem deutschen Antistigma-Verein Open the doors sowie mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit. Gemeinsam setzen sich die Bündnispartner für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Familien ein. Hinter dem Aktionsbündnis steht die Strategie der Vernetzung, um die gemeinsame Position der zahlreichen Initiativen zur Förderung der seelischen Gesundheit zu stärken und zusammen einen gesellschaftlichen Diskurs zur Enttabuisierung psychischer Erkrankungen anzustoßen.

Das Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit setzt sich ein für:

- die Förderung der seelischen Gesundheit in unserer Gesellschaft
- die Aufklärung über psychische Erkrankungen
- den Abbau von Ängsten und Vorurteilen
- den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung der betroffenen Menschen
- die soziale und berufliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- eine positive Teilhabe der Betroffenen und ihrer Familien an unserer Gesellschaft

www.seelischegesundheit.net

Psychische Erkrankungen – Prävalenz und Diagnosen

Referent: Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, DGPPN

Psychische Erkrankungen gehören zu den schwersten Erkrankungen mit einer erheblichen Belastung für Betroffene und Angehörige. In sozioökonomischen Betrachtungen wird in der Regel übereinstimmend festgestellt, dass psychische Störungen bereits jetzt zu den am stärksten beeinträchtigenden und teuersten Erkrankungen gehören. Des Weiteren herrscht weitgehende Einigkeit dahingehend, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen in Zukunft weiter zunehmen wird. So geht die Weltgesundheitsorganisation WHO in ihrem Burden of Disease-Projekt zumindest für die industrialisierten Länder davon aus, dass im Jahr 2030 fünf der zehn am stärksten das Leben beeinträchtigenden Erkrankungen aus dem Fachbereich der Psychiatrie kommen. Nicht zuletzt die mit der zu erwartenden Alterung der Bevölkerung in Industrieländern einhergehenden Krankheiten sind häufig psychischer Art, z. B. im Bereich von Demenzen oder depressiven Störungen.

Diesen Zustandsbeschreibungen und Zukunftserwartungen ist gegenüber zu stellen die anzunehmende Entwicklung der Finanzierung der Versorgung in der Psychiatrie, die Entwicklung des Nachwuchses in der klinischen und wissenschaftlichen Disziplin Psy-

chiatrie und nicht zuletzt die veränderten politischen Vorgaben z. B. in Hinblick auf die Reduzierung der Liegezeiten.

Ein kurzer Exkurs soll den Blick darauf lenken, dass möglicherweise eine Lösung der durch psychische Erkrankungen zu erwartenden gesundheitsökonomischen Belastungen aus dem Bereich der neurobiologischen Forschung erwartet werden darf. Eine genaue neurobiologische Charakterisierung von Diagnosen und eventueller Untergruppen kann z. B. zu einer verbesserten Vorhersagegenauigkeit im Hinblick auf das Ansprechen auf eine Medikation führen. Schon jetzt erlaubt es die funktionelle Bildgebung, unterschiedliche therapeutische Ansätze bei einer Erkrankung im Hinblick auf die initiierten plastischen neurobiologischen Veränderungen zu vergleichen und so eventuell in Zukunft erst zu modulierende Bereiche zu identifizieren und dann nachfolgend geeignete Therapien zu entwickeln.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Fach Psychiatrie und Psychotherapie eine Thematik von größter gesundheitspolitischer Relevanz bearbeitet und sich aktiv bereits jetzt auf die zu erwartenden zukünftigen Herausforderungen vorbereitet. □



Foto: Roba Press

Hilfe braucht Helfer.

Ärzte für die Dritte Welt e.V.
Offenbacher Landstr. 224
60599 Frankfurt am Main

www.aerzte3welt.de
Tel.: +49 69.707 997-0
Fax +49 69.707 997-20

Spendenkonto
488 888 0
BLZ 520 604 10



Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft

Referent: Prof. Dr. med. habil. Andreas Weber, MDS

Die erhebliche sozialmedizinische und volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist Gegenstand einer lebhaften öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion. Nach neueren epidemiologischen Erkenntnissen sind derartige Gesundheitsstörungen nicht nur häufiger als früher angenommen, sondern ziehen auch gravierende soziale Folgen nach sich.

Entgegen dem Trend eines sinkenden Krankenstandes haben psychische Erkrankungen im letzten Jahrzehnt in allen gesetzlichen Krankenkassen zu einem Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage geführt, der sich derzeit auf einem hohen Niveau zu stabilisieren scheint.

Psychosoziale Belastungen einer globalisierten, profitorientierten Arbeitswelt werden dabei als (mit) ursächliche oder zumindest manifestationsfördernde Faktoren angesehen. Es werden im weiteren ausgewählte Public Health relevante Aspekte psychosomatischer Erkrankungen und die Bedeutung arbeitsassoziierter psychosozialer Belastungen vor dem Hintergrund des Wandels von Gesellschaft und Arbeitswelt zu betrachten sein. Da nach breitem Konsens dem Setting Arbeitsplatz ein großes Potential für die Prävention und dem Return to work Prozess zukommt, müssen Handlungsoptionen für systematische (z. B. Kooperationen von Arbeitsmedizin und Psychosomatik, gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung) und betriebliche Maßnahmen aufgezeigt werden, die nicht nur auf Wettbewerbsaspekte fokussieren.

Der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen verdeutlicht sich u. a. in der Tatsache, dass inzwischen psychische Störungen die häufigste Ursache für die prognostisch besonders ungünstigen Langzeit-Arbeitsunfähigkeit und für Frühberentungen darstellen. Die direk-

ten Krankheitskosten, die von psychischen Störungen verursacht werden beliefen sich im Jahr 2004 auf ca. 23 Milliarden Euro. Depressionen, Schizophrenien sowie Alkohol- und bipolare (manisch-depressive) Erkrankungen zählen mittlerweile zu den häufigsten Erkrankungen weltweit berichtet Prof. Dr. Andreas Weber, Bereichsleiter des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bundes der Krankenkassen (MDS). Er berichtet, dass Frauen bei allen Störungsbildern doppelt so häufig betroffen sind als Männer und auch länger krank sind. Möglicherweise kann die Ursache hierfür sein, dass Frauen sensibler mit ihrer Gesundheit umgehen, eher frühzeitig zum Arzt gehen und dass sie auch oft Mehrfachbelastungen zu bewältigen haben, insbesondere in der generativen Lebensphase.

Der Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen an krankheitsbedingten Frühberentungen hat in der Deutschen Rentenversicherung im letzten Jahrzehnt kontinuierlich zugenommen, wobei die relative Häufigkeit derartiger Gesundheitsstörungen bei Frauen durchweg höher lag als bei Männern. Frauen waren zum Teil bei der Frühberentung durchschnittlich 47,8 Jahre alt, Männer 47. Der monatliche Rentenzahlungsbetrag liegt dabei im Bereich von 600 bis 800 €. Sozial- und arbeitsmedizinisch bislang noch weniger groß beachtet, aber volkswirtschaftlich von erheblicher Problematik sind psychische und psychosomatische Erkrankungen darüber hinaus auch in der Beamtenversorgung. Die relative Häufigkeit einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit als Grund für einen Berufsausstieg vor Vollendung des 65. Lebensjahres ist zwar seit 2001, im Wesentlichen bedingt durch Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (Versorgungsabschläge, vermehrte Inan-

spruchnahme von Altersteilzeit), rückläufig. So schieden im Jahr 2005 rund 8.600 Beamte in Deutschland aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Berufsleben aus, der Anteil psychischer Erkrankungen an diesen Frühpensionierungen hat aber zugenommen.

Im Jahr 2000 lag einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit bei Beamten im öffentlichen Dienst in 39 % der Fälle eine psychische Erkrankung zugrunde. In 2003 dagegen bereits in 50 %.

Noch größer ist die Bedeutung im Frühpensionierungsgeschehen bei beamteten Lehrkräften, in dieser Berufsgruppe wurde eine krankheitsbedingte Dienstunfähigkeit im Jahr 2000 in 45 % der Fälle auf eine psychische Gesundheitsstörung zurückgeführt, im Jahr 2003 gaben dagegen schon über 65 % wegen einer derartigen Erkrankung vorzeitig ihren Beruf auf. Auch im Bereich der Beamtenversorgung ist die Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern, dies gilt auch für Lehrkräfte, wobei wissenschaftliche Untersuchungen hier keine Abhängigkeit von Schularten oder ausgeübten Funktionen objektivieren konnten.

Auf welche Weise können nun berufsbedingte psychosoziale / -mentale Belastungen zu einer Erkrankung führen? Die zahlreichen Hypothesen zur Pathogenese lassen sich auf sozial- und arbeitsmedizinischer Sicht auf drei wesentliche Konzepte „verdichten“:

Die „**Makroebene**“ betont die Verhältnisse am Arbeitsplatz. Die Belastungs-/Beanspruchungsperspektive steht im Vordergrund. Entscheidend sind hohe Anforderungen bei gleichzeitig niedrigem Handlungsspielraum, aus denen negativer Stress resultiert, der bei chronischer Einwirkung und defizitären Kompensationsmechanismen u. a. auch

psychosomatische Störungen nach sich zieht. Daneben gewinnt makroperspektivisch auch der Aspekt der Fairness am Arbeitsplatz an Bedeutung.

Die „**Mikroebene**“ fokussiert sich dagegen auf das individuelle Verhalten. Maßgeblich wird hierbei ein Missverhältnis zwischen persönlichem Einsatz und fehlender Belohnung, dessen Bedeutung in der Entstehung stressassoziierter Herz-Kreislaufkrankungen und psychosomatischer Leiden u. a. auch von dem Düsseldorfer Medizinsoziologen Johannes Siegrist nachgewiesen werden konnte. Weltweit findet dieses Konzept derzeit breite Zustimmung.

Das dritte Modell, gewissermaßen die „**Mesoebene**“, stellt die „Passung“

zwischen Individuum und Arbeitsplatz, zwischen Fähigkeit und Anforderungen sowie individuellen Erwartungen und organisationellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt. In diesem Konzept amerikanischer Arbeitspsychologen, das bereits aus den späten 60er Jahren des letzten Jahrhunderts stammt, aber in Deutschland gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle spielt, werden die Wechselwirkungen zwischen Gruppe und Individuum wesentlich für die Entstehung von „Stress“ bzw. stressassoziierter Erkrankungen.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung der zunehmend alternden Belegschaften und Fachkräftemangel erscheint ein kollektives

Umdenken überfällig. Eine Verwässerung von Teilhabechancen bzw. ein Misslingen der (Wieder-)Eingliederung von schwachen oder leistungsgeminderten wird nicht nur fehlende Lebensperspektiven für mehrere Millionen Menschen, sondern erhebliche ökonomische Konsequenzen für Staat und Gesellschaft nach sich ziehen. In der Vernetzung von Experten in der Gesundheitsversorgung und dem Arbeitsschutz sieht Prof. Weber den richtigen Weg, gegen die beschriebenen Trends vorzugehen. In diesem Sinn ist die Wiederentdeckung der Solidarität eine derzeit noch unterschätzte aber bedeutsame multiprofessionelle Herausforderung des kommenden Jahrzehnts. □

Diskriminierung am Arbeitsplatz – Erfahrungen und Konzepte

Referentin: Leonore Julius


Von Erfahrungen der Betroffenen zur Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen am Arbeitsplatz berichtete Frau Leonore Julius, Geschäftsführerin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) und stellte Konzepte zum Abbau von Diskriminierung vor.

Das Projekt „Psychisch krank im Job“, ein Kooperationsprojekt der BAPK mit dem BKK Bundesverband, besteht seit 2002.

Ziele des Projekts sind:

- Stärkung der Selbsthilfepotenziale,
- Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen,
- Nutzung gemeinsamer Ressourcen und Erfahrungen,
- neue Wege zur Verhinderung beruflicher Ausgrenzung (Prävention).
- Im Rahmen dieses Projekts gehen Vertreter des BAPK, also Angehörige psychisch Kranker in die Betriebe, um Expertenwissen einzusetzen, Authentizität der Personen gibt Vertrauen,

• Das H-I-L-F-E Konzept

- | | | |
|---|---|---|
| <p>H</p> <p>I</p> <p>L</p> <p>F</p> <p>E</p> | <p>insehen</p> <p>initiative ergreifen</p> <p>Leistungsfunktion wahrnehmen</p> <p>Führungverantwortung: fordern – fördern</p> <p>Experten hinzuziehen</p> |  |
|---|---|---|

▪ ähnliche soziale Bezüge werden aufgezeigt, Gemeinsamkeiten in emotionalen Aspekten werden entdeckt.

Module dieses Projekts sind:

- Die Durchführung von Seminaren und Tagungen,
 - Erstellung von Informationsmaterialien sowie
 - die Etablierung von Hot-lines.
- Seminarinhalte sind zum Beispiel:
- die Teilnehmer für die ökonomische und soziale Problematik zu sensibilisieren,

Basisinformationen über Krankheitsbilder, Frühwarnzeichen und Behandlungsmöglichkeiten zu geben,

- Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsprozesse aufzeigen und Vorstellung von Handlungsmöglichkeiten im Umgang mittels des H-I-L-F-E Konzepts,
- neue Handlungsstrategien des Unternehmens vortragen und
- auf externe Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen. □

Hilfe für Betroffene durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz?

Referentinnen : Dr. med. Annegret E. Schoeller (Teil 1), Heike Steinbeck-Oldenburger (Teil 2)

Teil 1: Wird das AGG genutzt?

Die Europäische Union hat auf Grundlage des Artikels 13 EG-Vertrag vier Richtlinien beschlossen, die es verbieten, Menschen aufgrund verschiedener individueller Merkmale zu diskriminieren. Diese EU-Richtlinien sind in deutsches Recht durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) am 18.08.2006 überführt worden. Das Gesetz hat seinen Schwerpunkt im Bereich von Beschäftigung und Beruf und erstreckt sich auch auf das Zivilrecht. Neu ist u. a., dass Arbeitgeber erweiterte Organisationspflichten haben, die zu beachten und einzuhalten sind und dass Menschen, die diskriminiert werden, nach AGG § 15 Anspruch auf Entschädigung und Schadensersatz gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen können.

Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.

Rechte der Benachteiligten sind:

- das Leistungsverweigerungsrecht bei Belästigung/ sexueller Belästigung,
- Entschädigung bei jeder Diskriminierung,
- Schadensersatz bei jeder Diskriminierung
- Beweislastumkehr bei bestehenden Indizien.

Die Einführung der Rechte für Benachteiligte durch das AGG hat bei vielen Arbeitgebern und Beratungsunternehmen im Vorfeld der Einführung des AGG große Ängste hervorgerufen. Es wurde befürchtet, dass die Unternehmen mit Klagen überrollt werden und dass geltend gemachte Entschädigungen und Schadensersatzforderungen

große Verluste für die Betriebe bedeuten werden. Wie sieht es in der Realität über drei Jahre nach Einführung des AGG aus? Insgesamt ist zu sagen, dass diese Befürchtungen nicht eingetroffen sind. Doch wie sieht die Situation speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus? Eine Recherche in der Datenbank juris ergab, dass das AGG von psychisch kranken Menschen so gut wie nicht genutzt wird.

Das AGG ist jedoch ein wirksames Instrument für Benachteiligte, um sich Recht zu verschaffen. Die Einführung der Beweislastumkehr, dem Leistungsverweigerungsrecht sowie das Recht auf Entschädigung und Schadensersatz wird auf Dauer das Verhalten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer positiv verändern. Doch Menschen mit psychischen Erkrankungen wissen meist nichts von diesem Gesetz und wenn sie es kennen, dann haben sie oft nicht die Kraft, sich zu wehren und Gerichtsverhandlungen durchzustehen. Es muss unter den Betroffenen mehr bekannt gemacht werden. Für Arbeitgeber bedeutet es einen großen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Es wird ein langer Weg zu gehen sein, bis sich in den Betrieben das Verhalten deutlich verbessert. Aber es ist ein guter Weg in die richtige Richtung.

Teil 2: „Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in der Praxis“

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) enthält acht Diskriminierungsmerkmale, aber nicht jede unterschiedliche Behandlung aus einem dieser acht Merkmale ist eine Diskriminierung im Sinne des Gesetzes. Das AGG enthält Ausnahmegesetze, die sogenannten Rechtfertigungsgründe, die dazu führen, dass eine un-

terschiedliche Behandlung in bestimmten Fällen zulässig ist. Voraussetzung ist jedoch immer das Vorliegen eines Rechtfertigungsgrundes.

Personen, die sich auf das AGG berufen können, sind:

- Bewerber, Arbeitnehmer, arbeitnehmerähnliche Personen, z. B. Honorarkräfte, in Heimarbeit beschäftigte Personen, zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, ausgeschiedene Arbeitnehmer (wenn es um Folgen aus dem Beschäftigungsverhältnis geht), Selbstständige und Organmitglieder (z. B. Geschäftsführer einer GmbH), soweit es um die Bedingungen für den Zugang zur Erwerbstätigkeit oder den beruflichen Aufstieg geht.

Das Verbot der Benachteiligung aus einem der genannten acht Diskriminierungsmerkmale gilt nicht nur für den Arbeitgeber und seine Erfüllungsgehilfen, sondern gleichfalls für die Beschäftigten und ebenso für Dritte.

Verstöße eines Beschäftigten gegen das AGG können arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, wie z. B. eine Abmahnung, Versetzung, Umsetzung und gegebenenfalls auch eine Kündigung!

Wer sich vom Arbeitgeber, Beschäftigten oder Dritten (wie z. B. Kunden, Lieferanten oder Patienten) wegen eines der Merkmale benachteiligt fühlt, hat das Recht, sich bei der zuständigen Stelle im Betrieb zu beschweren. Der Arbeitgeber hat den Arbeitnehmer über das Ergebnis zu informieren. Ergreift der Arbeitgeber trotz Beschwerde keine oder offensichtlich ungeeignete Maßnahmen, steht dem Arbeitnehmer unter bestimmten Voraussetzungen ein Leistungsverweigerungsrecht zu, d. h. der Arbeitnehmer kann seine Arbeitsleistung zurückhalten und erhält trotzdem die Arbeitsvergütung vom Arbeitgeber.



Verstöße gegen das AGG führen für den Arbeitgeber neben dem Leistungsverweigerungsrecht zu erheblichen Risiken:

- Schadensersatzansprüche
- Entschädigungsansprüche
- Haftungsrisiko für das Management
- Beschwerden durch Arbeitnehmer
- Unterlassungsansprüche
- (Teil)-Unwirksamkeit bestehender individual- und kollektivrechtlicher Regelung bei unzulässiger Ungleichbehandlung
- Beweislastumkehr zu Lasten des Arbeitgebers, wenn der Benachteiligte eine Benachteiligung und Indizien vorträgt

Imageschaden in der Öffentlichkeit
Es ist dringend angeraten, dafür Sorge zu tragen, dass die im AGG genannten Benachteiligungen verhindert bzw. beseitigt werden.

Zusammenfassend lassen sich die Verpflichtungen aus dem AGG für den Arbeitgeber in der Übersicht „Die 10 Gebote des AGG für Arbeitgeber“ (nach Prof. Dr. U. Preis, Köln) gut darstellen:

1. Du sollst nicht aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität unmittelbar benachteiligen.
2. Du sollst auch nicht mittelbar benachteiligen.
3. Du sollst nicht belästigen.
4. Du sollst nicht sexuell belästigen.
5. Du sollst niemanden anweisen zu benachteiligen oder zu belästigen.
6. Du sollst Arbeitsplätze neutral und ohne direkte oder indirekte Diskriminierungsmerkmale ausschreiben.
7. Du sollst deine Beschäftigten auch vorbeugend vor Benachteiligungen durch Kollegen und Dritte schützen.

8. Du sollst auf die Unzulässigkeit von Benachteiligungen hinweisen und – insbesondere durch Schulung – darauf hinwirken, dass sie unterbleiben.
9. Du sollst das AGG bekannt machen und die für die Beschwerden zuständige Stelle benennen.
10. Du sollst nicht maßregeln.

Betriebliche Gesundheitsvorsorge bei der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Die betriebliche Gesundheitsförderung bei der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH (280 Mitarbeiter /innen) zielt darauf ab, gesunde Verhaltensweisen zu fördern und vermeidbare gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz abzubauen. Wir, der Deutsche Ärzte-Verlag, beabsichtigen, durch verschiedene Maßnahmen und Angebote die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter /innen zu erhalten und zu fördern. Neben zahlreichen Sportangeboten sowie Angeboten für die psychische Gesundheit sind aus unserer Sicht die Bedingungen am Arbeitsplatz von entscheidender Bedeutung, um auf Dauer die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeiter /innen zu erhalten.

Die betriebliche Gesundheitsförderung bei der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH beinhaltet z. B. die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen:

Aktivitäten

- Gesundheits-Check-Up mit Laboranalyse, Gripeschutzimpfung, Venen-Check-Up, Rückengymnastik, Rückenmassage, Power Gymnastik BOP, Pilates, Qi Gong, KFZ-Sicherheitstraining, Nordic Walking, Skifahren, Fußball, Anti-Stress-Seminare, Raucherentwöhnungsprogramme, Ernährungsseminare und Programme zur gesunden Ernährung

Mitarbeiterführung und Soziales

- Wir, der Deutsche Ärzte-Verlag, sind der Meinung:
 - Die Leistungen sollen durch gerechte Bezahlungsformen vergütet werden.
 - Wir wollen unseren Mitarbeitern einen sicheren Arbeitsplatz bieten.
 - Wir legen Wert auf eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung, auch bei älteren Arbeitnehmern.
 - Unsere Verhaltensregeln sollen eine gute Zusammenarbeit in unserem Verlag fördern und somit zum Unternehmenserfolg beitragen.
 - Wir legen großen Wert auf eine wertschätzende Kommunikation.
 - Wir wollen unsere Mitarbeiter /innen an den Aufgaben des Unternehmens aktiv beteiligen, z. B. bei der Gestaltung der Arbeit, Teamarbeit und vieles mehr.
 - Bei der Gestaltung der Arbeitsplätze sind neben den allgemeinen Erfordernissen die Aspekte der Arbeitssicherheit und der Ergonomie zu berücksichtigen.
 - Wir informieren unsere Mitarbeiter /innen regelmäßig.
- Was wir alles haben:
 - z. B. gleitende Arbeitszeit, 36-Stunden-Woche, viele Teilzeitmitarbeiter /innen, moderate Arbeitsbelastung, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und zeitgemäße Arbeitsmittel, Betriebsrestaurant, Kaffeebars, Abteilungsausflüge, regelmäßige Betriebsfeste, Weihnachtsfeier für Pensionäre, kleine Aufmerksamkeiten für Mitarbeiter und Pensionäre, Weihnachtsgeschenke für Kinder, Gratulationsschreiben und Blumen zum Geburtstag für Pensionäre, kleine Geschenke zu Geburten, Hochzeiten, Jubiläen, runde



Kennzahlen zur psychischen Gesundheit – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Praxis

Referent: Prof. Dr. Holger Pfaff,
 Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Uni Köln

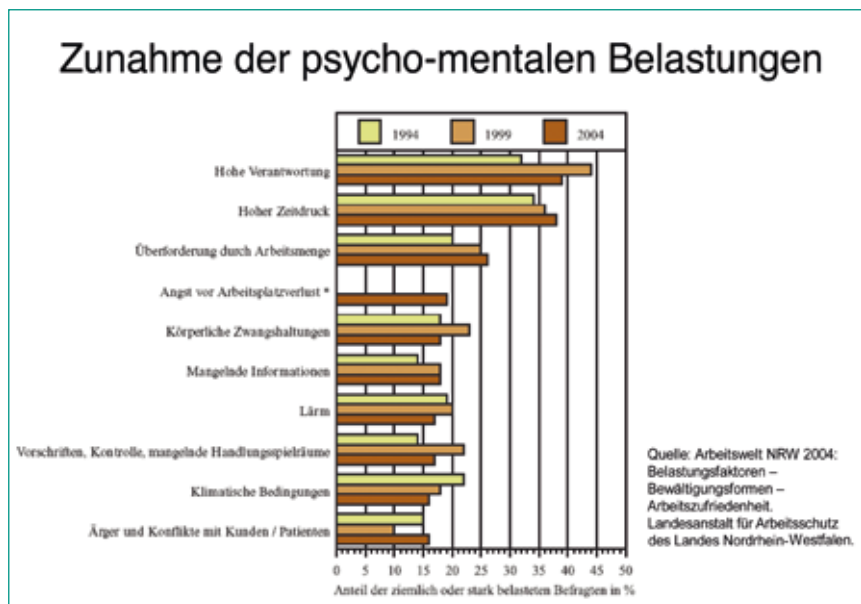
Geburtstage, Rabatte auf Bücher, Hilfswerk für in Not geratene Mitarbeiter, Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz, verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z. B. Eltern-Kind-Zimmer, Angebote individueller Ferienbetreuung mit finanzieller Förderung, kostenfreies und anonymes Beratungsangebot für Eltern und werdende Eltern

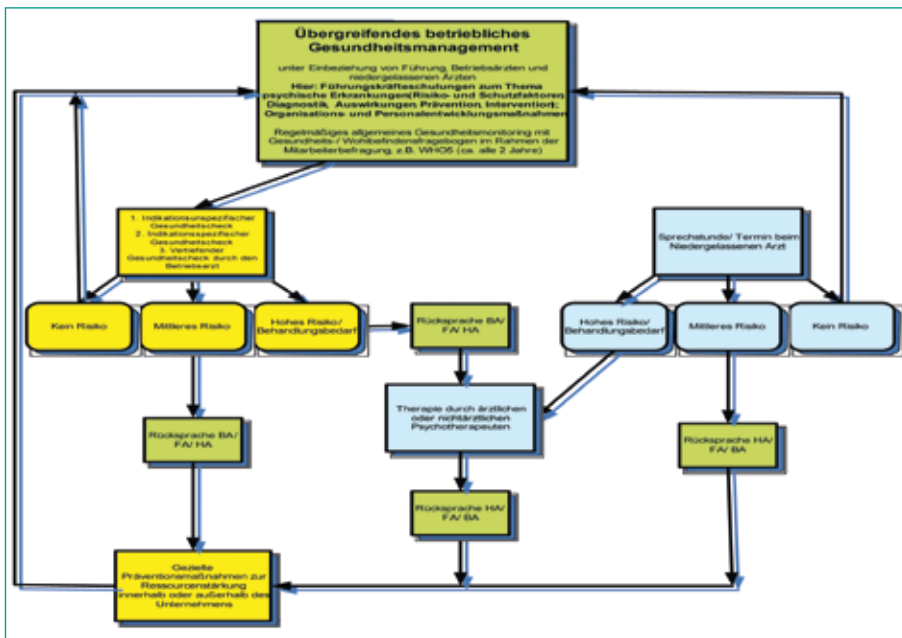
- Personalinstrumente beim Deutschen Ärzte-Verlag:

Instrumente aus dem Personalbereich: Funktionsbeschreibungen, regelmäßige Jahresmitarbeitergespräche mit Zielvereinbarung, Beurteilung und gegebenenfalls Qualifizierungsmaßnahmen, regelmäßige Unternehmensinformationen, Mitarbeiterversammlungen, regelmäßige Abteilungsbesprechungen, Feedback-Kultur, regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, Führungskreise auf der Ebene Gruppenleiter unter Beteiligung jeder Abteilung im Unternehmen

- Unsere Personalentwicklung:
 Wir haben eine Personalentwicklung mit dem Ziel, die Mitarbeiter/innen für die Bewältigung gegenwärtiger und zukünftiger Aufgaben zu qualifizieren (auch für Arbeitnehmer/innen fortgeschrittenen Alters), wie z. B. Berufsausbildung, Konzept zur Einführung neuer Mitarbeiter/innen, Qualifizierung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Teamentwicklung, Führungskräfteentwicklung, Coaching, Schlichtungsverfahren, weitere Maßnahmen zur Qualifizierung und Förderung (z. B. Job-Rotation, Lernpartnerschaften, Coaching durch Kollegen/ Kolleginnen oder Vorgesetzte, Projektarbeit) und vieles mehr. □

Prof. Pfaff stellt in seinem Vortrag u. a. aktuelle Gesundheitsdaten vor, insbesondere die Zahlen zur Zunahme der psychomentalen Belastungen, zur Allgemeinen Zunahme psychischer Erkrankungen sowie Verhaltensstörungen etc.:





Der Beitrag von Prof. Holger Pfaff beschäftigte sich insbesondere mit der Thematik „Kennzahlen zur psychischen Gesundheit – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Praxis“. Das Forschungsministerium investiert derzeit viel Geld zur Erforschung von Kennzahlen als diagnostisches Instrument, denn Kennzahlen für psychische Gesundheit können helfen, das betriebliche Gesundheitsmanagement auf die psychischen Störungen auszurichten. Es gibt die unterschiedlichsten Arten von Kennzahlen. Zur Erfassung von Befindensbeeinträchtigungen wie z. B. bei der Erfassung von Depressionen können niederschwellige Kennzahlen mit Cut-Off-Punkten angewandt werden. Diese können in Mitarbeiterbefragungen gut eingesetzt werden. □

Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche: Psychische Gesundheit im Betrieb

Referent: Detlef Glomm, VDBW

Der grundlegende Wandel in der Arbeitswelt und die Konflikte, die sich aus den Widersprüchen zwischen den ökonomischen Zielen der Globalisierung und den historisch gewachsenen nationalen und regionalen Strukturen und Werten für die Beschäftigten ergeben, haben erhebliche Auswirkungen nicht nur auf die Beschäftigungsverhältnisse, sondern auch auf das betriebsärztliche Handeln. Auswirkungen dieser Entwicklung wie Arbeitsverdichtung mit überhöhten quantitativen und qualitativen Arbeitsanforderungen, Delegation von Verantwortung als Folge verschlankter Hierarchien bei gleichzeitiger Beschränkung der Entscheidungskompetenzen infolge umfassender Standardisierung von Abläufen und Strukturen oder die Reduzierung sozialer Kontakte durch neue Arbeitsformen beeinflussen das Krankheitsgeschehen, insbesondere auch die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen.

Für diese arbeitsbedingten Einflüsse gibt es zahlreiche Belege: Nach einer Untersuchung der Europäischen Agentur für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit erlebt über die Hälfte aller berufstätigen

Menschen in der Europäischen Union negativen Stress z. B. in Form von Zeitdruck, ständigem Veränderungsdruck oder Monotonie am Arbeitsplatz. Psychische Erkrankungen nehmen seit einigen Jahren in der EU Rang 1 in der Ursachenstatistik für Erwerbsunfähigkeitsrenten ein. In einem multinationalen Konzern, der eine Meldepflicht für arbeitsbedingte Erkrankungen eingeführt hat, machen Erkrankungen durch psychische Fehlbelastung und Stress seit Jahren mehr als die Hälfte aller gemeldeten arbeitsbedingten Erkrankungen in Europa aus. Natürlich darf dabei nicht vergessen werden, dass psychische oder psychosomatische Erkrankungen nicht nur durch die Bedingungen in der Arbeitswelt verursacht werden, sondern dass individuelle Dispositionen sowie frühe „belastende“ psychosoziale Erfahrungen die Entwicklung der Persönlichkeit und damit das Risiko zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung nachhaltig beeinflussen. Hinzu kommen dramatische Veränderungen im Altersaufbau und die Auflösung traditioneller Bindungen und Orientierungsmuster, die in enger Wechs-

selwirkung mit den sich wandelnden Anforderungen das Krankheitspanorama unserer Gesellschaft beeinflussen.

Die steigende Zahl psychischer und psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen stellt uns als Betriebsärzte vor neue Herausforderungen. Dies betrifft sowohl die psychosomatischen und kommunikativen Kompetenzen als auch die Beherrschung und Nutzung von Methoden und Instrumenten zur Beurteilung psychischer und sozialer Belastungen am Arbeitsplatz. Als Hilfestellung für unsere betriebsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen hat das Präsidium des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte im vergangenen Jahr einen Leitfaden „Psychische Gesundheit im Betrieb“ herausgegeben und gemeinsam mit Fachkollegen aus der Psychosomatik und Psychotherapie ein Kompaktseminar entwickelt, das als Pilotveranstaltung auf der Herbsttagung des VDBW in Lübeck startete. Der Umstand, dass das Seminar mehrfach überbucht ist, zeigt das Interesse der Betriebsärzte an dieser Thematik. Geplant ist, das Seminar im nächsten Jahr flächendeckend anzubieten.

Ein zentrales Thema dieses Seminars ist die Identifizierung, Beurteilung und Bewertung psychomentaler und psychosozialer Belastungen im Betrieb. Auch wenn eine derartige Gefährdungsbeurteilung insbesondere beim Management meist nur auf mäßige Akzeptanz stößt und schwierig ist, weil diese Gefährdungen nicht unmittelbar mess- und beobachtbar sind und immer der subjektiven Bewertung des einzelnen Menschen unterliegen, ist sie doch unverzichtbare Voraussetzung für die Entwicklung von betrieblichen Schutzkonzepten. Bei der Beurteilung von psychischen und sozialen Belastungen gibt es grundsätzlich drei Wege, die sich auch kombinieren lassen:

1. individuelle Beurteilung mit Exploration/Interview und Einsatz verschiedener Fragebögen und Checklisten zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und im Privatleben, psychischen und psychosomatischen Beschwerden und zum Arbeitsstil und Selbstmanagement
 2. Befragung und moderierte Gruppendiskussion im Arbeitsteam
 3. anonymisierte Befragung eines Kollektivs, z. B. der gesamten Belegschaft oder ausgewählter Abteilungen mittels standardisierter oder an die betrieblichen Bedingungen angepasster Fragebögen.
- Unabhängig vom ausgewählten Verfahren ist es unerlässlich, vor der Erhebung

oder individuellen Befragung Konzepte zu entwickeln, wie und in welchem Zeitrahmen die Ergebnisse ausgewertet, Verbesserungsvorschläge erarbeitet, zur Diskussion gestellt und umgesetzt werden. Dabei kommt dem Vertrauens- und Datenschutz gerade bei dieser Thematik eine besondere Bedeutung zu. Die zentrale Aufgabe besteht darin, individuelle und institutionelle Belastungsfaktoren und Schutzfaktoren zu identifizieren. Dabei liegen die Aufgaben der Prävention und Risikominimierung psychischer Erkrankungen nicht nur im Bereich der Belastungsreduzierung, sondern auch auf dem Feld der Ressourcenstärkung. □

Betriebliche Gesundheitsförderung zur Stärkung der psychischen Gesundheit in der Praxis

Referent: Dr. Joachim Stork, AUDI AG

„Der Schutz und die Stärkung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten gewinnt zu Recht Bedeutung im Rahmen der betrieblichen Prävention“, sagte Dr. Joachim Stork, Leiter des Gesundheitswesens der Audi AG Gesundheitswesen. Er weist auf die Studie der Initiative Gesundheit & Arbeit 2005, www.iga-info.de, hin, welche die Einschätzung der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit zum Inhalt hat.

Die Befragten beschreiben ihre Arbeitssituation als sehr positiv, u. a.:

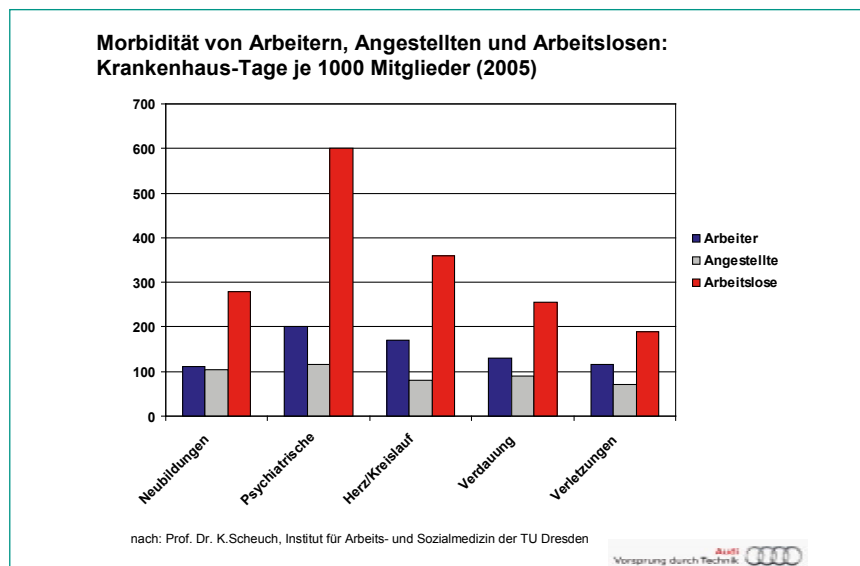
- 81 % der Männer und 88 % der Frauen finden, dass ihre Arbeit sie fit hält,
- 92 % der Männer und 92 % der Frauen finden ihre Arbeit vielseitig und abwechslungsreich,
- 59 % der Männer und 50 % der Frauen finden, dass sich ihr Unternehmen um ihre Gesundheit kümmert.

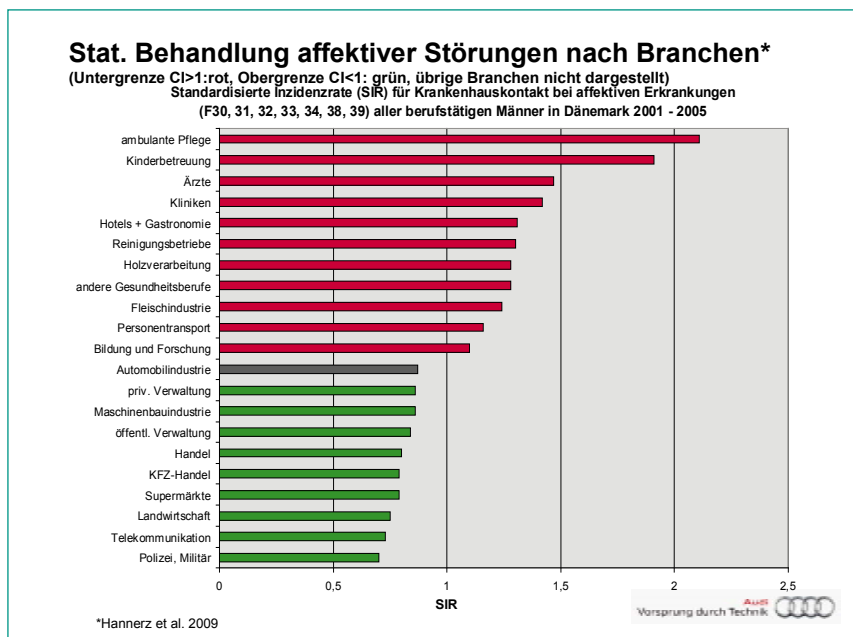
Erfahrungen, aber auch wissenschaftliche Ergebnisse zeigen: sichere Arbeit ist vorrangig eine Gesundheitsressource und bewirkt nur unter ungünstigen Bedingungen eine Gefährdung der psychischen Gesundheit.

Allgemeine Gesundheitsdaten werden im Folgenden mittels Grafiken aufgezeigt. Insbesondere der Aspekt der **Arbeitsplatzsicherheit** hat aufgrund zahlreicher Untersuchungen eine herausragende Bedeutung für die psychische Gesundheit.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere **Angehörige sozialer Berufe** an affektiven Störungen erkranken;

das spricht dafür, in der Prävention insbesondere den sozialen Aspekten der Arbeit besondere Aufmerksamkeit zu widmen und die Angehörigen dieser Berufsgruppen bei ihrer anspruchsvollen Arbeit „mit den Menschen“ gezielt zu unterstützen – z. B. durch eine hochwertige arbeitsmedizinische Betreuung, aber auch durch Super- oder Intervention.





Die Analyse von **Arbeitsunfähigkeitsdaten** der Audi BKK zeigt, dass psychische Erkrankungen ca. 7 % aller Arbeitsunfähigkeitstage verursachen; allerdings müssen Arbeitsunfähigkeitsdaten wegen ihrer geringen Validität stets vorsichtig interpretiert werden. Heute ist von einer immer noch hohen, aber langsam rückläufigen Häufigkeit somatischer Erstdiagnosen bei eigentlich psychosomatisch Erkrankten auszugehen; betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen können ein geeignetes Instrument sein, um eine frühzeitige adäquate Diagnosestellung und ggf. Therapie zu veranlassen und einen Beitrag zur Senkung dieser „Dunkelziffer“ zu leisten. Die Arbeitsmedizin kann so auch zum Abbau des sozialen Gefälles beim frühzeitigen Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Betreuung beitragen.

Das **Audi Programm „Arbeit und psychische Gesundheit“** wurde entwickelt, weil das Thema psychische Gesundheit der Mitarbeiter ein wichtiger Erfolgsfaktor für Betriebe ist. Vorrangige Handlungsfelder des Audi Programms „Arbeit und psychische Gesundheit“ sind unter anderem:

- Sicherheit der Arbeitsplätze
- Gute interne Information / Kommunikation
- Mitarbeiterführung und soziale Unterstützung
- Mitarbeiterbeteiligung bei Gestaltung und Organisation der Arbeit

- Gruppen- und Teamarbeit als durchgängige Form der Arbeitsorganisation
- Sorgfältige Auswahl, Qualifizierung und Entwicklung der Führungskräfte
- Schaffen von Entwicklungsperspektiven auch für ältere Mitarbeiter / -innen
- Nutzung des „Audi Stimmungsbarometers“
- Bilden regionaler Expertennetzwerke „psychische Gesundheit“
- Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen
- Betriebliche Epidemiologie zur Identifizierung von Erkrankungshäufungen
- Frühes Erkennen von individuellem Beratungsbedarf im „Audi Checkup“
- Info- und Beratungstool „psychische Gesundheit“ im Intranet des Unternehmens
- Angebot „Sprechstunde psychische Gesundheit“ mit niedriger Zugangsschwelle

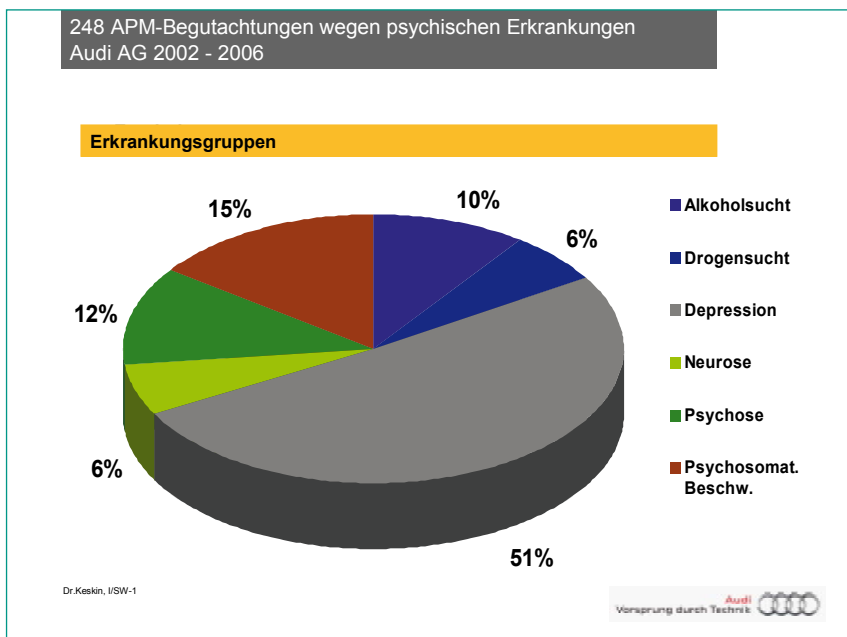
Der **Audi Checkup** ist ein Programm zur Individualprävention und Gesundheitsförderung, das von über 90 % der Belegschaft genutzt wird. Durch die Früherkennung von Risikofaktoren und chronischen Erkrankungen können im Rahmen einer betriebsärztlichen Beratung individuelle Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention besprochen und erläutert werden. Häufig gelingt es, auf diesem Weg frühe Hinweise z. B. auf eine depressive Entwicklung mit den Beschäftigten zu besprechen und diese ggf. in eine „Sprechstunde

psychische Gesundheit“ zu vermitteln. Daneben erlaubt die epidemiologische Auswertung der Untersuchungsergebnisse durch die Betriebsärzte das Erkennen von Mitarbeitergruppen oder Betriebsbereichen mit besonderem Handlungs- und Betreuungsbedarf.

Durch Anbindung der betriebsinternen **Sprechstunde psychische Gesundheit** an das Checkup-Programm soll eine frühe Weichenstellung zugunsten einer qualifizierten Behandlung sichergestellt werden:

- Externe Fachärzte halten die Sprechstunde in den Gesundheitszentren der AUDI AG
- Arzt / Ärztin, welche den Check-up durchführt, empfiehlt ggf. die Sprechstunde psychische Gesundheit (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) aufgrund des Ergebnisses eines Fragebogens, der Anamnese und des Arztgesprächs und vereinbart den Beratungstermin.
- Die Teilnahme daran unterliegt – wie alle anderen Betreuungsangebote – der ärztlichen Schweigepflicht, so dass andere im Betrieb weder den Beratungsanlass, noch weitere gesundheitliche Details erfahren.
- Ziel ist ein orientierendes Gespräch und die Empfehlung zum weiteren Vorgehen, es erfolgt keine Behandlung oder Dauerbetreuung.
- Der weitere Verlauf wird nach 6 Monaten im Gespräch zwischen Betriebsarzt und Mitarbeiter geprüft.
- Innerhalb der ersten 6 Monate des Projekts konnten so bereits 36 Patienten fachärztlich zur Frage der weiteren Diagnostik und ggf. psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung beraten werden.

Zu den arbeitsmedizinischen Kernaufgaben gehört neben derartigen Vorsorgeprogrammen die betriebliche Integration und Rehabilitation. Im Zeitraum 2002 bis 2006 wurden 248 Mitarbeiter / -innen der AUDI AG bei bzw. nach *Episoden psychischer Erkrankungen* im betrieblichen Gesundheitswesen untersucht und hinsichtlich ihres weiteren Arbeitseinsatzes beraten (= 5 % aller derartigen Beratungsfälle). Dabei standen affektive Erkrankungen als Anlass



an erster Stelle (Diagnosen der behandelnden Ärzte).

Dr. Stork betont, dass aus den eigenen Erfahrungen und Erkenntnissen der Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaft wesentliche Schlussfolgerungen für die betriebliche Prävention abgeleitet werden, die in das Audi Unternehmensprogramm „Arbeit und psychische Gesundheit“ eingeflossen sind. Dabei wird die psychische Gesundheit der Audi Mitarbeiter/-innen nur eingeschränkt als realistisches Ziel der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation, vielmehr als **Unternehmensziel und Herausforderung an die personalpolitische Gestaltung** verstanden. □

Kooperation mit anderen Akteuren in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Referent: Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, Deutsche Post AG

Die Beratung und Begleitung von Beschäftigten, die durch Krankheit in ihrer Leistungsfähigkeit längerfristig oder dauerhaft eingeschränkt sind, die Initiierung und Begleitung von rehabilitativen Maßnahmen, die erfolgreiche Wiedereingliederung sowie die nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit stellen eine zentrale Aufgabe für Werks- und Betriebsärzte dar.

Der Betriebs- bzw. Werksarzt befindet sich damit im Hinblick auf die erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung von Menschen in den Arbeitsprozess, die durch Behinderung oder Krankheit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind, an einer wichtigen Schnittstelle.

Ihm kommt eine wichtige Übersetzerfunktion zu, die einen möglichst intensiven Informationstransfer zwischen Haus- und Fachärzten, Reha-Trägern und Integrations(fach)diensten auf der einen sowie betrieblichen Entscheidungsträgern auf der anderen Seite initiieren, befördern und unterhalten kann.

Aufgrund ihrer besonderen (Schlüssel-)Stellung und Kompetenzen im Betrieb, besitzen Werks- und Betriebsärzte eine wichtige Weichenstellung bei der Identifikation von Reha-Bedarf sowie der Ausrichtung der Rehabilitation auf die Besonderheiten des Arbeitsplatzes.

Die setzt ihn potentiell in die Lage, wichtige Impulse zu geben, um steuernd und gestaltend auf den Reha-Prozess Einfluss zu nehmen. Dies betrifft verschiedene Interventionsfelder:

- die frühzeitige Identifikation von Reha-Bedarf,
- die zeitnahe Antragstellung und Bahnung einer ambulanten bzw. stationären Reha,
- die Kontaktpflege und Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen mit dem Ziel einer arbeitsplatznahen Ausrichtung der Rehabilitation sowie schließlich
- die Begleitung der Wiedereingliederung in den Betrieb, seine inhaltliche und zeitliche Strukturierung sowie

die Kontrolle und Sicherung des Reha-Erfolges.

Der Informationsaustausch, das Wissen um die Versorgungsträger und ihres umfangreichen Angebotes an Leistungen zur Teilhabe, der detaillierte Abgleich zwischen Anforderungen und Fähigkeiten, erhöht die Chancen einer realistischen und auf die Besonderheiten des Arbeitsplatzes abgestimmten „Instandsetzung und -erhaltung“ für den Job.

Es kann nicht verkannt werden, dass mit der gesetzlichen Neuausrichtung des SGB IX und des Unfallversicherungsrechtes (Wiedereingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX, Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, erweiterter Präventionsauftrag an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach SGB VII) die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes aufgewertet wurde und ihn zu einem vollwertigen Verfahrensbeteiligten befördert und ihn damit in die Lage zum

Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes versetzt, das der beruflichen Wiedereingliederung dient.

Die Erfahrung zeigt: Je enger und praxisnäher die Zusammenarbeit dabei zwischen den Beteiligten gelingt, umso aussichtsreicher werden die Ergebnisse im Hinblick auf einen erfolgreichen Abschluss einer Wiedereingliederung sein.

Eine Umsetzung in die gelebte Praxis setzt geeignete Verfahren und Struktu-

ren voraus, auf die sich die am Reha-Prozess Beteiligten verständigen sollten. Der Vortrag will aufzeigen, wie es gelingen kann, eine Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteuren zu etablieren: mit kurzen und schnellen Wegen, hohem Bezug zu den konkreten Arbeitsplatzanforderungen und enger fachübergreifender Abstimmung.

Die Etablierung einer vernetzten Praxis wird u. a. am Beispiel des Kooperationsprojekts **WeB-Reha** (**Werks-** und **Be-**

triebsärzte in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland als **Reha**-Leistungsträger) dargestellt, das aus der Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, der Ärztekammer Nordrhein sowie im Rheinland ansässigen Unternehmen entstanden ist und dem sich mittlerweile auch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen und die Ärztekammer Westfalen-Lippe angeschlossen haben. □

Die Rolle des niedergelassenen Arztes bei der beruflichen Wiedereingliederung

Referent: Dr. Bernhard van Treek, MDK Nordrhein

Der Mensch definiert sich wesentlich über seine Arbeit. Wer seine Arbeit verliert, wird oft krank dadurch. Gerade in den heutigen Zeiten sollten alle nur denkbaren Anstrengungen unternommen werden, dass Menschen ihren Arbeitsplatz nicht aufgrund von Krankheit verlieren.

Während Arbeitsunfähigkeit insgesamt im Laufe der letzten Jahre abgenommen hat, steigt Arbeitsunfähigkeit bedingt durch psychische Erkrankungen seit Jahren an. Insbesondere bei der prognostisch besonders ungünstigen Langzeit-Arbeitsunfähigkeit stellen psychische Erkrankungen mittlerweile die größte Gruppe dar. Dies stellt eine besondere Herausforderung an die niedergelassenen Ärzte dar. Sie müssen die kurative Behandlung zeitnah so optimieren, dass der Patient seine Arbeit möglichst rasch wieder aufnehmen kann. So muss bedarfsgerecht Richtlinien-Psychotherapie eingeleitet und/oder leitliniengerecht psychopharmakologisch behandelt werden. Wenn der Hausarzt primär Arbeitsunfähigkeit attestierender Arzt ist, muss er sich zudem die Frage stellen, zu welchem Zeitpunkt er „seinen“ Patienten in fachärztliche Hände abgibt.

Kurative Behandlung alleine aber reicht oft nicht aus, um Arbeitsunfähigkeit zu

beenden. Häufig müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden wie z. B. die Einleitung stufenweiser Wiedereingliederung, die Nutzung des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements und Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Der nach § 275 SGB V unabhängige Medizinische Dienst der Krankenversicherung, kurz MDK, könnte hier zukünftig eine wichtigere Rolle als Partner des niedergelassenen Arztes spielen.

Der Referent ist Medizinischer Fachbereichsleiter beim MDK Nordrhein und Mitglied der Sozialmedizinischen Expertengruppe SEG 1 Leistungsbeurteilung/ Teilhabe. Er stellt in seinem Vortrag die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit vor und wie sich eine optimale Zusammenarbeit zwischen MDK und niedergelassenen Ärzten aus Sicht des MDK Nordrhein darstellt.

Die Rolle des niedergelassenen Arztes bei der beruflichen Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen beleuchtete Dr. Bernhard van Treek.

Dabei weist er auf ein bekanntes Problem hin: Patienten mit psychischen Erkrankungen werden oft zu lange beim Hausarzt behandelt und oft zu spät zum Facharzt und/ oder Psycho-

therapeuten überwiesen. Möglicherweise möchte der Hausarzt durch dieses Verhalten eine Stigmatisierung des Patienten vermeiden. Darüber hinaus sind die Wartezeiten auf Psychotherapie oft zu lang. Möglichkeiten der psychopharmakologischen Behandlung werden meist nicht ausreichend genutzt und die Teilhabe-/ Rehabilitationsmaßnahmen werden nicht bedarfsgerecht eingeleitet. Arbeitsunfähigkeit kann nur dann attestiert werden, wenn Hausärzten der Arbeitsplatz bekannt ist.

Folgende Maßnahmen können sinnvoll sein, damit der Patient ins Arbeitsleben zurück findet. Es ist dabei besonders wichtig zu kooperieren, Schnittstellen zu identifizieren und nutzen:

- Psychotherapie/ Psychopharmakologische Behandlung
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Einschaltung des Integrationsfachdienstes/ Gemeinsame Servicestelle
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/ oder am Leben in der Gesellschaft (früher berufliche und soziale Rehabilitation genannt). □

Neue Influenza A (H1N1)

Meldung unerwünschter Nebenwirkungen – Meldezettel für Ärztinnen und Ärzte

Die Impfkampagne gegen die neue Influenza A (H1N1) (sog. „Schweinegrippe“) hat begonnen. Wichtig ist nun, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu erfassen. Dafür wird die Mithilfe der Ärztinnen und Ärzte benötigt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) appelliert an alle Impfärzte und damit auch an alle Betriebsärzte, die im Unternehmen Beschäftigte impfen, über unerwünschte Arzneimittelwirkungen formlos oder anhand eines Meldezettels zu berichten (1).

Die AkdÄ hat sich bereits in einer Stellungnahme vom 10. September 2009 zur Schutzimpfung gegen die neue Influenza dezidiert geäußert (2). Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat am 12. Oktober 2009 Empfehlungen zur Impfung gegen die neue Influenza A (H1N1) mit einer ausführlichen Begründung veröffentlicht (3).

Um ergänzend zu den Zulassungsstudien die dringend erforderlichen zusätzlichen Sicherheitsdaten der Impfstoffe gegen die neue Influenza zu erhalten, soll die Anwendung in der Schwangerschaft überwacht sowie eine mögliche Assoziation der Influenzaimpfung und des Guillain-Barré-Syndroms (GBS) überprüft werden. Die Impfstoffhersteller wurden verpflichtet, bei Beginn der Impfkampagne eine prospektive Kohortenstudie zum Nachweis der Unbedenklichkeit des Impfstoffs bei 9.000 Impfungen aller Alters- und Risikogruppen durchzuführen.

Die Zahl von 9.000 in eine Kohortenstudie einbezogenen Patienten ist jedoch zu gering, um schwerwiegende unerwünschte Impfreaktionen, die mit

geringer Prävalenz auftreten, entdecken zu können. Daher ist die unabdingbare Basis für die kontinuierliche Bewertung der Sicherheit der eingesetzten Impfstoffe während der Impfkampagne, dass beobachtete unerwünschte Reaktionen von den behandelnden Ärzten gemeldet werden.

Unerwünschte Nebenwirkungen

Generell sollen schwerwiegende und tödlich verlaufende unerwünschte Nebenwirkungen sowie nicht in der Fachinformation aufgeführte Reaktionen gemeldet werden (4).

Von besonderem Interesse sind die folgenden Reaktionen:

- Krampfanfälle
- Enzephalitis
- Guillain-Barré-Syndrom
- Fazialisparese
- demyelinisierende Erkrankungen
- Vaskulitis
- anaphylaktische Reaktionen
- laborchemisch bestätigtes Impfversagen.

Nicht meldepflichtige Nebenwirkungen

Die Meldungen sollen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt und das Paul Ehrlich-Institut (PEI) erfolgen. Nach IfSG sollen Reaktionen nach Impfungen gemeldet werden, die über das übliche Maß hinausgehen. Folgende Lokal- und Allgemeinreaktionen sind als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen und daher nicht meldepflichtig:

- ein bis drei Tage (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle,
- Fieber unter 39,5 °C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionalen Lymphknoten,
- im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ (ein bis drei Wochen nach der Impfung), etwa leichte Parotisschwellung oder ein masern- beziehungsweise varizellen-ähnliches Exanthem oder kurzzeitige Arthralgien.

Das PEI plant, die gemeldeten Verdachtsfälle von Impfkomplicationen wöchentlich in der öffentlich zugänglichen Nebenwirkungsdatenbank zu publizieren. Das PEI wird einmal pro Monat einen Bericht zum Sicherheitsprofil der Impfstoffe dem Robert Koch-Institut und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Verfügung stellen und nach Diskussion auf seiner Homepage veröffentlichen. Signale werden durch regelmäßige Datenbankabfrage mittels automatischer Datenbankanalyse und durch eine Analyse der erwarteten im Vergleich zu den gemeldeten Fällen (observed versus expected analysis, O/E) detektiert (3).

Wo kann man melden?

Eine formlose Meldung ist ein erster Schritt zur Kontaktaufnahme mit den zuständigen Einrichtungen. Der offizielle Bogen für Meldungen nach IfSG befindet sich auf der Website des PEI (www.pei.de) unter „Ärzte und Apothe-

Meldeformular – vertraulich –
Neue Influenza A/H1N1
 hervorgerufen durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus
Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG

Verdacht Tod
 Erkrankung Todesdatum:

Angaben zu den einzelnen Symptomen:
 Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Husten
 Andere, und zwar

Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):
 Ja Nein Unbekannt

Risikofaktoren:
 Keine Diabetes mellitus Herz-Kreislauferkrankung
 chron. Atemwegserkr. Schwangerschaft Behandlungsbedürftige Adipositas
 Immunsuppression Andere, und zwar

Angaben zur Therapie:
 Tamiflu® (Oseltamivir) Relenza® (Zanamivir) Keine
 Therapiebeginn (Datum):

Infektionsquelle bekannt oder vermutet:
 Nein Ja
 Infektionsquelle bekannt:
 Kontakt zu an Influenza A/H1N1-erkrankten Personen.
 Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von:
 Land/Länder:
 Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Neue Influenza (Influenza A/H1N1) untersucht werden.

Epidemiologische Situation:
 Nein Ja
 Patient/in hat beruflichen Kontakt zu chronischen Grunderkrankungen
 Enger Kontakt des Patienten (z.B. Name/Ort der Einrichtung)
 Patient/in ist in Krankenhaus / stationäre Einrichtung
 Grund der Krankenhausaufnahme:
 Influenzazerkrankung (schwerer Verlauf)
 anderer Grund, und zwar
 Patient/in ist Teil einer Erkrankungsgruppe

Veranstaltete Diagnostik:
 Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1
 nein ja, Ergebnis ausstehend ja

Unverzüglich melden an:
 Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Erkrankungsdatum:
Diagnose:
Datum der Meldung:

1) Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Influenza A/H1N1, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG).
 2) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichsten Zeitpunkt angeben.

Meldeformular – vertraulich –
Neue Influenza A/H1N1

hervorgerufen durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus
Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG

Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG
 (Die Meldepflichtung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bleibt unberührt)

Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (§ 6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG):
 Eine nennenswerte **Meldepflicht** an das Gesundheitsamt besteht nach § 6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG dann, wenn nach einer Impfung auftretende Krankheitsereignisse in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen können und über die üblichen Impfkomplicationen hinausgehen.
Nicht meldepflichtig sind das übliche Ausmaß nicht überdauernde, kurzzeitige vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind; z.B. Schwellung der Injektionsstelle, Fieber unter 39°C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Müdigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Urtikaria oder im gleichen Sinne zu stellende Symptome einer Impfschwere (1-3 Wochen nach der Impfung), z.B. leichte Schwellung der regionalen Lymphknoten.
Schwerwiegend sind die folgenden Symptome einer Impfschwere: hohes Fieber, anhaltende Erbrechen, Erbrechen oder Erbrechen im gleichen Sinne zu stellende Symptome einer Impfschwere, hohes Fieber, anhaltende Erbrechen, Erbrechen oder Erbrechen im gleichen Sinne zu stellende Symptome einer Impfschwere, hohes Fieber, anhaltende Erbrechen, Erbrechen oder Erbrechen im gleichen Sinne zu stellende Symptome einer Impfschwere.
Parvovirus B19 (Parvovirus B19) ist ein Parvovirus, das als Ursache für Parvovirus B19-Infektionen (Erythema infectiosum) bekannt ist. Parvovirus B19-Infektionen sind auch Krankheitsereignisse, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zuzurechnen ist.

Meldedaten:
 Nachname: Vorname:
 (Ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens bitte in die Kästchen eintragen)
 in Geschlecht: m w
 Geburtsdatum: Tag: Monat: Jahr: PLZ: Ort:

Adresse: Straße:
 Hausnummer:
 Postleitzahl:
 Ort:

Impfdatum	Impfstoff	Pharm. Unternehmer	Chargenbez. Applikationsart- und Ort
1			
2			
3			

Impfanamense: Wurde/n die/ der o.g. Impfstoffe i.d. Vorgeschichte bereits angewendet: ja nein
 wann:

3. Verdacht auf Impfkomplication:
Diagnosen* bzw. Verdachtsdiagnosen:

	Beginn	Dauer
1.		
2.		
3.		

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

ker (Meldeformulare)“ oder der AkdÄ (www.akdae.de) unter „Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“. Das PEI bietet auch die Möglichkeit, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfreaktionen direkt online zu melden (siehe auch abgedruckte Meldebögen). Verdachtsfälle von unerwünschten Reaktionen nach Impfungen können entsprechend der Berufsordnung für Ärzte auch an die AkdÄ gemeldet werden. Hierfür kann neben einer formlosen Meldung der UAW-Meldebogen verwendet werden, der regelmäßig im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt wird oder über die Website der AkdÄ her-

untergeladen werden kann. Auch über die Website der AkdÄ kann eine Meldung direkt online eingegeben werden. Die der AkdÄ gemeldeten Fälle werden in anonymisierter Form an das PEI als zuständige Bundesoberbehörde weitergeleitet. □

Dr. Annegret E. Schoeller

Literatur

[1] Gundert-Remy U., Stammschulte T.: Neue Influenza A/H1N1 – Meldung unerwünschter Reaktionen, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 43, 23. Oktober 2009

[2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Schutzimpfung gegen die Neue Influenza A (H1N1): www.akdae.de/46/index.html. Berlin, den 10. September 2009.
 [3] Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut: Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1). Epidemiol Bull 2009; Nr. 41: 403–24.
 [4] EMEA: CHMP recommendations for the pharmacovigilance plan as part of the risk management application for a pandemic influenza vaccine. London, 25. September 2009: www.emea.europa.eu/pdfs/human/pandemicinfluenza/35938109en.pdf. Zuletzt geprüft: 12. September 2009.