

Editorial

Arzt, Berater und Manager –

Zum Neuen Jahr: Betriebsärzte haben alle Chancen

Das Neue Jahr hat begonnen, 2009 liegt hinter uns.

Welche Ereignisse des Jahres werden im Gedächtnis bleiben?

Die Inauguration Barack Obamas als Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika oder die Wiederwahl Angela Merkels als Bundeskanzlerin? Die Schlacht um Porsche oder die Arcandor-Pleite? Der Absturz der Air France vor Brasilien oder die Bruchlandung auf dem Hudson-River? Oder das Scheitern der Welt-Klimakonferenz?

Die Erinnerung an einige der noch nicht lange zurückliegenden Ereignisse beginnt schon zu verblassen. Die Karawane unserer öffentlichen und persönlichen Aufmerksamkeit ist längst weitergezogen.

Die praktische deutsche Arbeitsmedizin sollte einen Moment innehalten beim Blick zurück auf 2009.

Inmitten der größten Wirtschafts- und Finanzkrise der Nachkriegszeit sind auch Betriebsärzte und arbeitsmedizinische Dienste nicht ungeschoren davon gekommen. Stellenstreichungen und Entlassungen, Betriebs- und Standortschließungen haben manche von uns in Bedrängnis gebracht.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Bluttests bei Arbeitnehmern hat sich der Bundesbeauftragte für den Datenschutz vor kurzem zu völlig inakzeptablen Äußerungen zur Unabhängigkeit von Betriebsärzten hinreißen lassen: „Wenn Tests bei bestimmten Berufsgruppen (dennoch) nötig sind, dann sollte das nicht der Betriebsarzt, sondern ein unabhängiger Mediziner übernehmen.“ Welch eine verbale Entgleisung!

Leider bietet auch die Vorlage des Entwurfs der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ keinen Grund zur Freude. Statt eines mutigen Schritts nach vorn für ein zeitgemäßes Gesundheitsmanagement enthält der Entwurf intransparente und komplizierte Regelungen zu Lasten der Betriebsärzte, die in der betrieblichen Praxis in der vorliegenden Form kaum angewendet werden können.

Inhalt

Editorial

„Zu Beginn des Neuen Jahres kann man getrost sagen: Es gibt viel zu tun für die praktische Arbeitsmedizin, um tragfähige Grundlagen für die Zukunft zu legen und um für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu werden“ schreibt Dr. med. Michael Vollmer **1**

Fortbildung

Was ist eine Schizophrenie?
Die Antwort von Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim **3**

Die Haut am Arbeitsplatz – eine Veranstaltung der Präventionsakademie der DGUV in Hennef **6**

Praxis

Zur Diskussion gestellt: Job-Strain: Arbeitsstress und psychische Krankheiten – neue Interventionen suchen Auswege **8**

Seine Meinung dazu sagt Dr. med. Michael Vollmer und erklärt, „warum Auslotungsexperimente der falsche Weg sind“ **12**

Reisemedizin und Fürsorgepflicht – ein Bericht von Dr. med. Stefan Eßer **13**

Firmennachrichten / Impressum **16**



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

Der Rückblick auf die Influenza-Pandemie fällt zwiespältig aus: Einerseits waren Betriebsärzte als kompetente Manager und umfassende Berater viel gefragt. Andererseits ist unbefriedigend und unverständlich, weshalb sie per staatlicher Verordnung als Impfarzte (zunächst) nicht vorgesehen waren, obwohl sie zur gewünschten Durchimpfung der Bevölkerung wesentlich und wirksam hätten beitragen können.

Es gibt aber auch Anlass zu Freude und Dankbarkeit beim Blick auf das zurückliegende Jahr.

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) konnte in der historischen Hansestadt Lübeck unbeschwert und angemessen seinen 60. Geburtstag und gleichzeitig die 25. Herbsttagung feiern. Als „Schwungrad der Arbeitsmedizin“ vertritt der VDBW seit seiner Gründung 1949 als Berufsverband deutscher Arbeitsmediziner und größter arbeitsmedizinischer Fachverband Europas die Interessen seiner inzwischen rund 3.000 Mitglieder. Dabei zeigte er sich bei seinem Jubiläum keineswegs nur traditionsbewusst, sondern mit der Aktualität der behandelten Themen sowie der ebenso notwendigen wie gelungenen Nachwuchswerbung „docs@work“ zukunftsorientiert.

Mit der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) hatte die Bundesregierung am Ende des Jahres 2008 ein unerwartetes Weihnachtsgeschenk überreicht, dessen Inhalte und Bedeutung sich manchen erst im Laufe der folgenden Monate erschlossen haben. Die Verordnung ist bis heute noch nicht überall, wo dies eigentlich der Fall sein sollte, bekannt oder gar umgesetzt.

Gleichwohl: Zu loben ist die Klarheit, die die Verordnung für Arbeitgeber, Beschäftigte und Betriebsärzte durch Vereinheitlichung und Zusammenführung von Verordnungen aus dem staatlichen Recht und der berufsgenossenschaftlichen Regelwerke schafft. Und zukunftsweisend ist, dass die Verordnung nicht mehr nur von Krankheitsverhütung spricht, sondern die Beschäftigungsfähigkeit und umfassende Prävention in den Blick nimmt. Dass der neue Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales überwiegend mit erfahrenen Ärzten besetzt ist, macht darüber hinaus Mut.

Mit der Verabschiedung des Gentechnikdiagnostikgesetzes Ende April 2009 sind erfreulicherweise wichtige Anliegen der Betriebsärzte umgesetzt worden: Beratung und Untersuchung haben der gesundheitlichen Vorsorge und nicht der Selektion von Beschäftigten zu dienen!

Bemerkenswert war im zurückliegenden Jahr, dass erstmals Anliegen des Gesundheitsschutzes im Vordergrund von langwierigen Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern standen: Erzieherinnen und Erzieher streikten für einen Gesundheitstarifvertrag.

Und überhaupt geraten die Themen, mit denen sich Betriebsärzte täglich in ihrer Praxis beschäftigen, mehr und mehr in den Fokus der Öffentlichkeit: Ausführlich berichten Zeitungen, Radio und Fernsehen über Pandemie und Prävention, Rauchen und Rente mit 67, Stress und Selbstmorde in Betrieben.

Wo aber stehen Betriebsärzte in dieser Situation vielfach im Bewusstsein von Öffentlichkeit und Unternehmen? Sie gelten eher als Hüter formalisierter rechtlicher Rituale denn als aktive Gestalter.

Tatsächlich verfügt keine andere Berufsgruppe über so umfassende Kenntnisse, Kompetenzen und Kontakte! Deshalb müssen sich Betriebsärzte viel stärker noch als bisher in diesen Diskussionen und in ihren Betrieben bemerkbar machen.

Dabei dürfen sie es nicht bei der individuellen Beratung zur Verhaltens- und Verhältnisprävention belassen. Ihre Aufgabe ist es vielmehr, im betrieblichen Gesundheitsmanagement der Unternehmen und Verwaltungen aktiv und gestaltend mitzuwirken, betriebsindividuelle Lösungen für spezielle Arbeitssituationen zu erarbeiten und Präventionskonzepte zu entwickeln.

Zu Beginn des Neuen Jahres kann man also getrost sagen: Es gibt viel zu tun für die praktische Arbeitsmedizin, um tragfähige Grundlagen für die Zukunft zu legen und um für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu werden.

Dazu haben wir alle Chancen, gerade im Jahre 2010.

Brüssel aktuell

Neuer Kommissar

Der Präsident der Europäischen Kommission hat die Verantwortlichen für die einzelnen Geschäftsbereiche angekündigt. Kommissar für die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz wird der Malteser John Dalli.

John Dalli wurde 1948 in Qormi auf Malta geboren. Er hat mehrere hohe Posten in der Finanzverwaltung und in der Geschäftsführung in Malta und Brüssel inne. Dalli war vor seiner Nominierung für die Regierung als Managementberater tätig. Im Jahr 1987 wurde er zum parlamentarischen Staatssekretär für die Industrie ernannt. Anschließend war er als Wirtschaftsminister tätig. Er wurde im Februar 1992 zum Minister der Finanzen gewählt. Die Wiederwahl erfolgte 1998.

Im März 2004 übernahm Dalli das Ministerium für auswärtige Angelegenheiten und Anlagenförderung. Während dieser Zeit unterhielt er u. a. auswärtige Beziehungen zur Europäischen Union, zum Ausland sowie zu internationalen Organisationen und Institutionen. Er beschäftigte sich mit internationalen Außenwirtschaftsbeziehungen, Außenhandel, Nachrichten aus der EU und Malteser Unternehmen. Im März 2008 wurde er in das Abgeordnetenhaus wiedergewählt sowie zum Minister für Sozialpolitik ernannt. □

Was ist eine Schizophrenie?



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

Die Schizophrenie ist die wohl rätselhafteste psychische Erkrankung, die wir kennen. Es handelt sich dabei um eine schwere chronische Hirnkrankheit, die sich durch ein anhaltendes, charakteristisches Muster von Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, der Ich-Funktionen, der Emotionalität und des psychomotorischen Antriebs auszeichnet. Das heißt, dass die Erkrankung die Persönlichkeit eines Menschen, seine Interaktion mit der Umwelt komplett verändern und seine Beziehungen zu Angehörigen, Freunden und am Arbeitsplatz zerstören kann. Bei chronischen Verläufen kann es auch zu anhaltenden Störungen der Konzentration, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit kommen, weshalb die Erstbeschreiber der Erkrankung im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts den Begriff der „Dementia praecox“ prägten. (Morel, Kraepelin, Bleuler). Die häufigste Todesursache bei Schizophrenen ist der Suizid. Das Selbstmordrisiko ist zwanzigmal höher als in der Gesamtbevölkerung. (10–15 % der Erkrankten).

Junge Männer mit schwerem chronischem Verlauf und krankheitsbedingt geringem Vertrauen in medizinische Hilfe sind besonders gefährdet. Die Enthospitalisierungsbewegung seit den 70er-Jahren hat die Mortalität durch Suizid in dieser Erkrankungsgruppe steigen lassen.

Weltweit kommt die Schizophrenie laut WHO in allen bisher untersuchten Kulturen in etwa gleich häufig vor. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 1 %, das heißt, jeder hundertste Mensch erlebt einmal im Leben eine schizophrene Episode. In Deutschland sehen wir etwa 13.000 Neuerkrankte im Jahr. Zum Ver-

gleich: das entspricht etwa der Häufigkeit von Rheuma-Erkrankungen.

Ein zunehmendes Problem ist das gemeinsame Auftreten von Schizophrenie mit dem Konsum von illegalen Drogen und Alkohol. Zum Einen nimmt bei steigendem Cannabis-Konsum unter Jugendlichen die sogenannte „drogeninduzierte Psychose“ zu, zum Anderen verschlechtert die Doppeldiagnose Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit die Prognose ganz erheblich. Bei letzterem ist der Weg in die Nicht-Seßhaftigkeit mit allen weiteren somatischen und psychischen Risikofaktoren häufig.

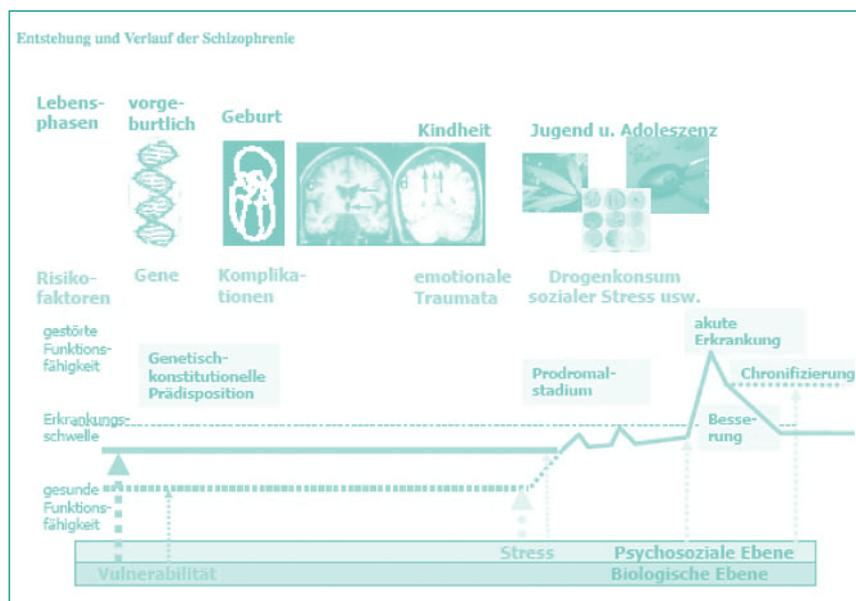
Als Ursache wird ein multifaktorielles Geschehen angenommen. Störungseinflüsse werden sowohl genetisch, in der fetalen Hirnentwicklung im 2. Trimenon („Hirn-Vernetzungsstörung“), in der Regulation von Dopamin- und Serotonin-Rezeptoren („Rezeptor-Regulationsstörung“) als auch möglicherweise durch eine Kombination von Virus-Infekten gesehen.

Die untenstehende Abbildung (Quelle: Kompetenznetz Schizophrenie) fasst diese komplexen Vorgänge zusammen: Ausgegangen wird grundsätzlich von einem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, das erklären kann, wieso manche Menschen trotz z.B. genetischer Prädisposition nicht erkranken, andere jedoch ohne jegliche Vorwarnung die Krankheit bekommen können.

Wie erkenne ich eine Schizophrenie

Da die Krankheit in der Regel mit manchmal jahrelangen, sehr unspezifischen Symptomen beginnt, ist die Diagnose oft gar nicht so einfach zu stellen. Erst in der Längsschnittbeobachtung stellt sich dann ein typisches Symptommuster dar.

Über mehrere Jahre treten nach und nach Veränderungen in der psychischen Befindlichkeit, im Sozialverhalten und bei Denk- und Wahrnehmungsprozessen



sen auf, lange bevor die Erkrankung sich in einer ersten psychotischen Episode äußert. Kennzeichnend für diese Prodromal-Phase ist, dass Gedanken durcheinander geraten, dass der logische Gedankenfluss durch Nebensächliches gestört wird, dass eine gedrückte Stimmung vorherrscht, dass Schlafstörungen auftreten und dass Angst zum dominierenden Gefühl wird. Häufig kommt es zu einem „Leistungsknick“ in Ausbildung oder Studium.

Die Wahrnehmung der Umwelt verändert sich sukzessive, oft kommt es zu einem zunehmenden sozialen Rückzugsverhalten.

Um die Diagnose sicher stellen zu können, muss man zunächst eine organische Ursache, wie z. B. eine Hirnverletzung, einen Hirntumor, ein fetales Alkoholsyndrom oder einen entzündlichen Prozess ausschließen. Im nächsten Schritt wird abgeklärt, ob die Psychose durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch hervorgerufen wird. Schließlich muss eine diagnostische Abgrenzung von affektiven, „neurotischen“ sowie kindlichen Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen erfolgen. Der vierte diagnostische Schritt dient der Differenzierung innerhalb des schizophränen Spektrums (paranoid-halluzinatorisch, coenästhetisch, hebephren, undifferenziert), was für die Prognose und das Therapiekonzept von Bedeutung ist.

Die Diagnose erfolgt anhand des ICD-10:

Leitsymptome einer schizophränen Psychose sind:

1. Ich-Störungen: Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl der Fremdsteuerung bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen oder andere Stimmen, die aus einem Körperteil kommen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss
7. Katatone Symptome
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt

Um die Diagnose sicher stellen zu können, muss gemäß ICD-10 entweder fast ständig, während mindestens eines Monats zumindest ein eindeutiges Symptom der Gruppe 1–4 vorliegen, oder es müssen mindestens zwei Symptome der Gruppe 5–8 vorhanden sein.

Die „produktiven“ Symptome wie Halluzinationen, Wahn und Ich-Störungen fasst man unter dem Begriff „Positiv-Symptomatik“ zusammen, die Interessesverarmung, den sozialen Rückzug, die Affektverflachung so wie die einer Depression ähnelnde postpsychotische Erschöpfung unter dem Begriff „Negativ-Symptomatik“.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Tritt eine Schizophrenie im Arbeitsalltag durch eindeutige „Positiv-Symptome“, das heißt durch ein auffälliges Verhalten, das sofortige Rückschlüsse auf das Vorliegen eines Wahns erlaubt, in Erscheinung, liegt der Verdacht auf eine psychotische Erkrankung nahe. Je nach Ausprägung ist hier eine stationäre Behandlung zunächst sinnvoll.

Dieses eindeutige Krankheitsgeschehen steht jedoch häufig nicht im Vordergrund.

Eher wird der Arbeitsmediziner mit einem Beschäftigten konfrontiert, von dem die Kollegen sagen, dass er mit der Zeit merkwürdiger geworden ist, sich zurückzieht, misstrauisch geworden ist, nicht mehr mit in die Kantine geht, in seiner Leistung nachlässt, sein Äußeres verändert, vielleicht manchmal Selbstgespräche führt, als ob er „innerlich mit jemandem in Verbindung stünde“. Der Betroffene selbst hat oft kein Krankheitsgefühl, hat aber die Überzeugung, als sei um ihn herum etwas im Gange, als habe sich etwas verändert. Manch-

mal tritt auch ein auffälliges bis bizarres Verhalten auf. Zum Beispiel kann ein schizophrener Erkrankter von heute auf morgen Kollegen nicht mehr grüßen, weil er wahnhaft davon überzeugt ist, dass er von diesen überwacht und ausgespioniert wird. Vielleicht hört er auch deren Stimmen, die sich abfällig oder höhnisch über ihn äußern und glaubt, dass sein Telefon im Büro abgehört wird.

Auf den Grußboykott angesprochen, mag er vielleicht unangemessen aggressiv reagieren, kollegiales Nachfragen nach seinem Befinden als Hohn und Spott erleben und die Kollegen beschimpfen.

Wichtig für den Arbeitsmediziner ist, den Beschäftigten dann nicht zu stigmatisieren. Das heißt, er sollte ihn nicht als „verrückt“ bezeichnen, ihn nicht damit konfrontieren, dass „er sich das alles einbilde“, sondern zunächst seine sicherlich vorhandene Angst, Anspannung und sein Misstrauen ansprechen. So wird häufig nach und nach ein ganzes Wahngebäude mitgeteilt. Als besonders ängstigend werden die für die Krankheit charakteristischen Ich-Störungen erlebt, das heißt, der Betroffene fühlt sich in seinen Gedanken, seinem Fühlen, seinem Innersten, seinem Ich nicht mehr „zu Hause“ und geschützt. Er ist davon überzeugt, dass andere seine Gedanken lesen können, ihm Gedanken eingeben oder entziehen können oder im Rundfunk/ Fernsehen auf seine Gedanken Bezug genommen wird, dass bestimmte Sätze direkt an ihn gerichtet sind etc. Kommen dann akustische Halluzinationen hinzu, sitzt er vollends in der Falle seiner Erkrankung.

Wichtig ist, sich klar zu machen, dass die Wahninhalte für den Betroffenen die subjektiv erlebte Realität darstellen. Im funktionellen MRT stellt sich z. B. die Hörrinde in den Gehirnen halluzinierender schizophrener Erkrankter sehr ähnlich dar wie die radiohörender Gesunder.

Anfänglich mag der Betroffene noch Zweifel haben, ist aber überzeugt, dass

„etwas los ist“ (Wahnstimmung), beobachtet dann seine Umwelt unter bestimmten subjektiven Gesichtspunkten, baut daraufhin durch die Fehldeutungen der Wahrnehmung sein Wahngedäude aus (Wahnarbeit), bis er sich schließlich „sicher“ ist (Wahngewissheit).

Häufig läuft diese Wahnentwicklung vollständig parallel zu einer nach außen hin nahezu unveränderten Arbeitsleistung ab.

Wie wird eine Schizophrenie behandelt:

Die Kunst der Behandlung besteht in der individuellen Balance zwischen der Behandlung sowohl der Negativ- als auch der Positiv-Symptomatik, der sozialen (Re-)Integration, der Förderung der Krankheitseinsicht und Therapieakzeptanz.

Schizophrene Patienten erhalten heute in der Regel ein multimodales Behandlungskonzept aus antipsychotischer Akut- und Erhaltungs-Medikation, Psychoedukation zur Compliance-Förderung, Rückfallprophylaxe und Früherkennungsverbesserung neuer Krankheitsphasen, Angehörigenberatung, Soziotherapie, und ambulanter psychiatrischer Krankenpflege.

Für die Rehabilitation steht in Deutschland das besondere Angebot der RPK (Rehabilitation psychisch Kranker) mit etwa 400 Betten zur Verfügung, in der die Erkrankten bis zu 2 Jahre rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen können. Diese Reha-Form hat sich insbesondere für junge Ersterkrankte mit Schwierigkeiten im Berufseinstieg sehr bewährt.

Medikamentöse Behandlung:

Im Folgenden wird nur auf die neueren Antipsychotika eingegangen. Diese werden heute in der Regel bei Ersterkrankungen bevorzugt eingesetzt, da sie durch eine wesentlich geringere Nebenwirkungsrate (Parkinsonoid, Spätdyskinesien, Dämpfung, Hypersalivation, malignes neuroleptisches Syndrom) von den Patienten besser angenommen werden als die „klassischen“ Neurolep-

tika, deren bekanntester Vertreter das Haloperidol ist.

Neuere Antipsychotika:

Die neueren Antipsychotika wirken alle recht gut sowohl auf die Plus- als auch auf die Minus-Symptomatik. Bei allen genannten Antipsychotika können QT-Zeit-Verlängerungen im EKG auftreten.

Leider sind die Gegebenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für schizophrene Erkrankte nicht förderlich. Es gibt einerseits zu wenig „geschützte“ Arbeitsplätze, andererseits ist die Werkstatt für Behinderte zwar ein äußerst sinnvolles Instrument, jedoch nicht für jeden schizophren Erkrankten.

Wirkstoff	Dosis	Eigenschaften
Amisulprid	Oral bis 300 mg pro Tag	Nicht dämpfend, vereinzelt Galaktorrhoe
Aripiprazol (Abilify)	Oral bis 30 mg pro Tag	Auch zugelassen zur antimanchischen Behandlung
Clozapin	Oral bis 400 mg pro Tag	Anfänglich über 6 Monate wöchentliches Blutbild-Monitoring erforderlich (Leukopenie-Gefahr) CAVE Gewichtszunahme
Olanzapin (Zyprexa)	Oral und parenteral bis 15 mg, in Einzelfällen unter besonderem Monitoring auch mehr	Auch zugelassen zur antimanchischen Behandlung CAVE Gewichtszunahme, diabetogene Stoffwechsellage.
Quetiapin (Seroquel)	Oral bis 800 mg pro Tag	Auch wirksam bei bipolar-depressiver Störung. CAVE Gewichtszunahme, diabetogene Stoffwechsellage
Ziprasidon (Zeldox)	Oral und parenteral bis 120 mg pro Tag	QT-Zeit-Verlängerung im EKG besonders zu beobachten, bei vorbestehenden Herzrhythmusstörungen kontraindiziert

Tipps für die Wiedereingliederung:

Das oberste Gebot bei der Wiedereingliederung ist die Beachtung der manchmal monatelang anhaltenden postpsychotischen Depression, die nicht vorschnell mit einem bereits eingetretenen schizophrenen Residuum verwechselt werden darf. Ebenso liegt eine Gefahr im zu frühen Absetzen der antipsychotischen Medikation oder dem unkritischen Einsatz von Antidepressiva, wodurch ein Rezidiv riskiert wird.

Eine genügend lange stufenweise Wiedereingliederung bzw eine ausreichend lange Rehabilitationsphase mit mehrwöchiger stufenweiser Belastungsproben ist oft unabdingbar.

Leider muss man feststellen, dass die Erkrankung immer noch in vielen Fällen in die Frühberentung führt oder ein Beruf gar nicht erst erlernt werden kann.

Besonderes Augenmerk ist deshalb auf diejenigen Menschen zu richten, die bisher wenige Krankheitsepisoden hatte, durch eigene Steuerung der Lebensführung, z. B. Drogenkarenz, ihre Prognose verbessern können und grundsätzlich noch eine geringe Chronifizierung aufweisen. □

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

Die Haut am Arbeitsplatz

Veranstaltung der Präventionsakademie
in Hennef am 27. August 2009

In den Jahren 2007 und 2008 fand eine bundesweite Hautkampagne statt. Die Haut ist ab 2009 auch eines der zentralen Themen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie. Offensichtlich besteht eine Übereinstimmung darüber, dass das Thema Haut am Arbeitsplatz ein sehr wichtiges ist.

Kampagnen haben das Ziel, Aufmerksamkeit zu erzeugen. Eine so erzeugte Aufmerksamkeit kann wie ein Strohfeder verpuffen. Nachhaltiger Erfolg stellt sich erst ein, wenn dies für die Angesprochenen zum Anlass wird, ihre konkrete Arbeitsplatzsituation unter die Lupe zu nehmen und ggfs. ihre Handlungsweise zu verändern.

In der heutigen wirtschaftlichen Gesamtsituation fällt es manchem schwerer auf Veranstaltungen wie Kongresse, Tagungen etc. zu gehen. Die Informationen werden umfangreicher, immer mehr teils unterschiedliche Bewertungen komplizieren die Situation. Daher wird es immer wichtiger, darüber nachzudenken, wie eine Informationsübermittlung am besten zu gestalten ist.

Es ist nicht nur wichtig, dass die Sachinformationen von den entsprechenden Experten geprüft und zuverlässig sind, sondern auch, dass die Bewertung nachvollziehbar ist und dass für die Darstellung eine geeignete Form gewählt wurde. Dazu gehört auch, dass die Botschaften in einer für die Zielgruppe verständlichen Sprache präsentiert werden. Die Informationen sollten aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet sein, d. h. für relevante Vorgehensweisen und Lösungen ist ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde zu legen. Von Vorteil ist sicher auch, wenn die Informationen nicht nur zu einem Zeitpunkt sondern auch zu anderen Zeiten unter Nutzung moderner Medien zugänglich sind.

Vorträge von Experten im Rahmen einer Veranstaltung mit der Möglichkeit zur Diskussion haben sich bewährt. Am 27. 8. 09 fand in der DGUV-Akademie in Hennef eine Veranstaltung mit dem Titel „Prävention von Hauterkrankungen am Arbeitsplatz“ statt. Auch hier wurde auf die Vortragsform zurückgegriffen; es bestand die Möglichkeit zu Fragen an die Experten. Es wurde jedoch ein weiterer Schritt getan. Die Vorträge wurden mit Videokameras aufgezeichnet, sie stehen damit auch später zur Verfügung.

Eine Fülle weiterer Möglichkeiten werden damit eröffnet:

- Mit den Filmaufzeichnungen kann man diejenigen, die an diesem Termin keine Zeit hatten, später informieren.
- Die Filmaufzeichnungen können im Fernsehen gezeigt werden. Bei verschiedenen Regionalprogrammen sind bereits jetzt Aufzeichnungen von Fachvorträgen zu sehen. Warum nicht auch mal zur Prävention von Hauterkrankungen?
- Weitere Experten der Arbeitsmedizin, Vertreter der Unfallversicherungsträger, der staatlichen Aufsicht, aus den Betrieben können sich ausgehend von den Sachverhalten des Films positionieren. Eine strukturierte Vorbereitung der interdisziplinären Erarbeitung von Lösungsvorschlägen ist erleichtert.
- Anhand der fachlich fundierten Inhalte des Films kann eine Gestaltung – auch sprachlich – erfolgen, die z. B. bei einem Lehrling ankommt.

In der o. g. Veranstaltung sollten die Referenten als eingeladene Zielgruppe Sicherheitsingenieure, Sicherheitsfachkräfte ansprechen. Damit sollte soweit möglich erreicht werden, dass die Vor-



Kontakt

Dr. Peter Kleesz
Obmann des Sachgebietes Hautschutz
(Fachausschuss
Persönliche Schutzausrüstungen)
Dynamostraße 7–9
68165 Mannheim

träge nicht mit medizinischen Fachausdrücken gespickt sind, was eine spätere Bearbeitung erleichtert. Folgende Vorträge wurden gehalten:

Rückblick auf die Präventionskampagne Haut

(Georg Bach, DGUV)

Nach einer bundesweiten Hautkampagne war es nahe liegend, im ersten Vortrag auf deren Inhalte und Ergebnisse einzugehen. Herr Bach als Vertreter der DGUV hat in einer sehr anschaulichen Weise einen guten Überblick über die Aktivitäten gegeben. Aus der Hautkampagne heraus sind viele Impulse entstanden. Es wurde Interesse für die Haut geweckt. Bei der Beantwortung aufgeworfener Fragen ist man u. a. beim Anlass für dieses Fachgespräch und den folgenden drei Fachvorträgen.

Schutzleistungsvermögen der Oberhaut

(Prof. Dr. E. Proksch,
Universitätsklinikum Kiel)

Beschäftigt man sich mit der Prävention von Hauterkrankungen am Arbeitsplatz, ist eine der ersten Fragen, was leistet die Haut? Herr Prof. Proksch hat das Thema von vielen unterschiedlichen Seiten beleuchtet. Die Verknüpfungen unterschiedlicher Aspekte waren ein interessanter Aspekt. Zum Beispiel die nachteiligen Veränderungen bei längerer Kortisonanwendung im Hautquerschnitt zu sehen war nicht nur als Information interessant,

sondern als Bild sicher auch sehr einprägsam. Die von fundiertem Fachwissen geprägten Ausführungen werden für eine nachfolgende interdisziplinäre Bearbeitung (siehe unten) auf eine zielgruppengerechte Darstellung gebracht.

Was schädigt die Haut und wie sieht das dann aus?

(Prof. Dr. P. Elsner, Universitätsklinikum Jena)

Auf die Frage, was die Haut leisten kann folgt die Frage, was passiert, wenn sie überfordert wird. Herr Prof. Elsner hat verschiedene Einwirkungen nacheinander aufgeführt. Die klare Gliederung in physikalische und chemische Einwirkungen, die Veranschaulichung mit Bildern aus der Klinik, führten zu einem sehr guten Überblick über die relevanten Einwirkungen. Jeder konnte „sich ein Bild machen“, warum Prävention so wichtig beim Thema Hauterkrankungen am Arbeitsplatz ist und worum es konkret geht.

Beide Themen gehörten sozusagen zum „Pflichtprogramm“, denn erst muss die gemeinsame Basis vorhanden sein, bevor man sich darauf aufbauend der Kür zuwenden kann.

Die Rolle der Ernährung für eine gesunde Haut

(Prof. Dr. J. Lademann, Charité Berlin)

Zu den Ausführungen von Herrn Prof. Lademann war von vielen Zuhörern in der Regel zu hören, dass das Thema für sie neu war und dass sehr interessante Informationen zu diesem wichtigen, aber bislang nicht genügend beachteten Aspekt, angeboten wurden. In jüngerer Zeit wird viel über das Schädigungspotential von Sonnenlicht auf die Haut diskutiert. Wie gut kann die Haut mit dem sog. oxidativen Stress umgehen, in Abhängigkeit von der Ernährung? Kann man dabei Fehler machen mit einem „Zuviel“ an vitaminreicher Kost? Welche Auswirkungen hat z. B. Alkoholenuss auf die Hautbelastung bei Arbeit im Sonnenlicht? Die Ausführungen wurden anhand neuer

Messungen belegt und waren sehr gut nachvollziehbar.

Gesunderhaltung der Haut am Arbeitsplatz als GDA-Ziel

(Joachim Berger, DGUV)

Das Thema Hauterkrankungen wird uns auch in Zukunft beschäftigen. Es findet auch Berücksichtigung in der gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Herr Berger hat sehr gut die Rahmenbedingungen aufbereitet und damit den Bogen von der Hautkampagne zur Gegenwart und nahen Zukunft gespannt.

Ausblick

Eingebettet in die Vorträge zur vergangenen Hautkampagne und den Aktivitäten der Gegenwart bzw. nahen Zukunft im Rahmen der GDA haben anerkannte Experten verschiedener Universitäten und Fachrichtungen den Stand des Wissens zu den ausgewählten Themen zur Prävention von Hauterkrankungen zusammengefasst. Es stand ausreichend Zeit für Diskussionen zur Verfügung, bei der noch offene Fragen beantwortet werden konnten. Die Evaluation der Veranstaltung ergab eine insgesamt gute Bewertung. Damit wurde ein großer erster Schritt in einem Gesamtkonzept getan.

Mit den Vorträgen zum Leistungsvermögen der Haut und dem Überblick zu den Krankheitsbildern, die entstehen, wenn die Hautbelastungen nicht mehr kompensiert werden können, wurde das Fundament gelegt für die Bearbeitung vieler wichtiger Detailfragen. Die neue Vorgehensweise des Mitschnitts ermöglicht eine weitere interdisziplinäre Bearbeitung mit dem Ziel wissenschaftlich fundierte und gut verständliche Einheiten zu schaffen, anhand derer man sich im Betrieb orientieren kann. Selbstverständlich können entsprechende Unterlagen auch die arbeitsmedizinische Betreuung erleichtern.

Der Fachausschuss Persönliche Schutzausrüstungen wird im gleichen Rahmen im kommenden Jahr weitere Themen

seines großen Aufgabengebietes darstellen. Gleichzeitig sind die weiteren Einzelthemen der Haut anzugehen und entsprechend auszuarbeiten.

Über die Ergebnisse wird auf der Internetseite des Sachgebietes berichtet werden. □

Dr. Peter Kleesz

AQUIK macht Qualität transparent

Qualität als wettbewerbsbestimmende Größe gewinnt auch im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Um Qualität messen, analysieren und bewerten zu können, sind valide Instrumente notwendig. Solche Instrumente zu entwickeln war das Ziel des Projekts „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV.

Als Ergebnis steht ein erstes Set mit 48 Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Dieses Set wird durch bereits in Anwendung befindliche Indikatoren der Disease-Management-Programme ergänzt. „Von AQUIK profitieren die Niedergelassenen, eil sie gespiegelt bekommen, wie gut sie schon sind und was sie verbessern können. Die Patienten profitieren von Transparenz und Vergleichbarkeit. KBV und Kassenärztliche Vereinigungen können die Grundlage für den Wettbewerb um Qualität legen und interessante Vergütungsanreize schaffen“ – so der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. Das Projekt fokussiert auf Qualitätsindikatoren mit Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung, die international bereits genutzt werden. Die Indikatoren wurden von Fachexperten bewertet und in ausgewählten Arztpraxen getestet. □

Job-Strain:

Arbeitsstress und psychische Krankheiten – neue Interventionen suchen Auswege

Poersch, M., Schmitt, M.

Institut für Resilienz und Recovery GmbH, Koblenz

Poersch@irrgmbh.de

Kontakt

Dr. med. Marius Poersch
 Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
 Rehawesen, Leiter FörderService
 OA Dr. von Ehrenwall'sche Klinik
 Walporzheimer Straße 2
 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Einleitung

Bei deutschen Erwerbstätigen nehmen psychische Störungen deutlich zu [2, 4, 13, 15, 16]. Die Ursachen sind sicherlich vielfältig [13]. Allerdings rücken psychisch stressogene Arbeitsplatzmodelle immer deutlicher in den Blickpunkt [11, 13, 14]. Für die arbeits-, betriebmedizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit psychisch gestressten und ggfs erkrankten Erwerbstätigen ist das Demand-Control-Arbeitsbelastungsmodell [DC-Modell] sehr hilfreich [6], da es erstmalig komplett symptomunabhängig wichtige Aspekte der objektivierbaren und subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung diagnostiziert und hieraus differenzierte „therapeutisch-coachende“ Interventionsvorschläge

ableitet. Das DC-Belastungsmodell beschreibt das Zusammenwirken von Arbeitsanforderung (niedrig bis hoch) mit den betrieblicherseits vorgegebenen Handlungsspielräumen der Erwerbstätigen (niedrig bis hoch). Hierdurch lassen sich vier qualitativ und quantitativ unterschiedliche stressogene Arbeitssituationen definieren, **Tabelle 1**. Eine Arbeitssituation mit der größten stressogenen Potenz und krankheitsfördernde Wirkung, „Job-Strain“ genannt, [11, 14] steht nahezu immer im Vordergrund der sozial- und betriebsmedizinischen Betrachtungen. Nicht übersehen werden sollte dabei, dass die beiden stressogenen Arbeitssituationen mit ausgeprägten Handlungsspielräumen immer dann gesundheitsförderndes persönliches Entwicklungspotential enthalten, wenn sie als

persönliche Herausforderung angenommen werden und bewältigt werden können.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf einer Darstellung der differenzierten Interventionsmöglichkeiten auf der Mitarbeiterebene, die sich analog der verschiedenen DC-Belastungsmodelle ergeben, **Tabelle 3**. Die mitgeteilten Erfahrungen beruhen alle auf Einzelfallgeschichten, geförderte Studien hierzu gib es bislang nicht. Ähnliche Erfahrungen gibt es aus der neueren amerikanischen Literatur [8].

Hauptteil

Wenn arbeitsgestresste, bzw. ängstlich-depressiv-psychosomatisch erkrankte Erwerbstätige vorstellig werden, sollten nach der Symptomschilderung immer

Tabelle 1: Das „Demand-Control“ Modell der Arbeitsplatzbelastung (modifiziert)

resultierende, stressogene Arbeitsplatzbelastung		Handlungsspielraum des Mitarbeiters in seinen Tätigkeiten	
		hoch	niedrig
Arbeitsplatzanforderungen inklusive Dynamik und Komplexität	hoch	mittelgradig , (Stress kann ggfs. kompensiert werden.)	hoch , (Stress wird mit der Zeit krankheitsfördernd.) „Job-Strain“
	niedrig	geringer , (Stress allenfalls durch fehlende Leistungsanreize und fehlende FLOW Möglichkeiten.)	mittelgradig , (pathogener Stress kann zeitweise kompensiert werden, jedoch i. d. R. keine Arbeitszufriedenheit, niedrige Arbeitsmotivation usw.)

Tabelle 2: Objektiv und subjektiv verstehbare Arbeitsbelastungsaspekte

Aspekte der Arbeitsbelastung nach Mitarbeiter / Patientenschilderung		objektiv extern nachvollziehbar	
		hoch	niedrig
subjektiv im Mitarbeiter, Patienten erlebt und ggfs. erst durch biografische Bezüge, psychische Fähigkeitsstörungen extern nachvollziehbar	hoch	objektiv-subjektive Doppelbelastung: Welcher Aspekt dominiert? → gemischte Intervention (Psychotherapie + Coaching)	rein subjektive Belastung: Konflikt? Persönlichkeitsstörung? Sonstige biografische Belastung? → Psychotherapie
	niedrig	rein objektiv Belastung: → Coaching	keine objektiven, oder subjektiven Belastungsaspekte eruierbar. → klärendes Gespräch: Motivationsproblem? Kommunikationsproblem? Wahrnehmungsproblem des Patienten?

die objektivierbaren und subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen und Handlungsspielräume exploriert werden, siehe **Tabelle 1** und **Tabelle 2**. Welcher der vier verschiedenen DC-Belastungsmodi der **Tabelle 1** ist am ehesten anzunehmen?

Können zusätzlich berufsrelevante Fähigkeitsstörungen der Mitarbeiter, die möglicherweise auf intrapsychische Konflikte, oder Persönlichkeitsstörungen zurückzuführen sind, exploriert werden? Sie werden in **Tabelle 3** nur exemplarisch für die wahrscheinlich häufigsten Konstellationen angedeutet. Alle Interventionsmöglichkeiten sollten bei erkrankten Mitarbeitern immer in ein Rahmenbehandlungsprogramm mit einem individuell unterschiedlichen Anteil störungsspezifischer Therapieelemente integriert werden.

Allgemeine Hinweise zur Exploration der Arbeitsanforderung:

Ist die Arbeitsanforderung für Externe objektivierbar – oder erscheint sie eher subjektiv verstehbar? Beide Aspekte sind von großer Bedeutung. Alle Kombinationen sind denkbar und sollten differenziert werden, **Tabelle 2**. Nur so kann eine passende Interventionsmethodik (Psychotherapie, Coaching, klärendes Gespräch, Kombination) gewählt werden. Eine subjektiv verstehbare Arbeitsbelastungs-

einschätzung könnte intrinsische, biografisch verstehbare Gründe haben (Perfektionismus, Delegationsschwäche, aber auch passives Warten auf anspruchsvolle Aufgaben, rasches gekränkelt Sein u. a. m.). Häufig ergibt sich eine Kombination aus extrinsischen und intrinsischen Gründen, so dass eine kombinierte Intervention (etwa coachend und psychotherapeutisch) sinnvoll wird.

Allgemeine Hinweise zur Exploration des Handlungsspielraumes:

Ist dieser tatsächlich dem gestressten Mitarbeiter/Patienten bekannt – oder ggfs doch größer (anders), als dieser vermutet? Sorgfältig überlegte Versuche, das Ausmaß des tatsächlichen Handlungsspielraumes auszuloten, sind immer sinnvoll und stellen den Kern eines jeden Bewältigungsversuches bei allen DC-Belastungssituationen, insbesondere jedoch bei der „Job-Strain“ Belastung dar. Häufig sind die Handlungsspielräume in der konkreten betrieblichen Realität größer, oder anders, als der Mitarbeiter/Patient glaubt zu wissen. Das Unwissen über die Handlungsspielräume ist nahezu immer auf ein Vermeidungsverhalten des Mitarbeiters/Patienten zurückzuführen. Die Möglichkeit, Handlungsspielräume durch aktives Fragen und/oder Handeln auszuloten, wird auch aus Angst vor evtl. Kritik und Sanktionen vermie-

den. Dieses Vermeidungsverhalten ist solange stressreduzierend, wie die bekannten Handlungsspielräume dem Mitarbeiter/Patienten zur Lösung seines Arbeitsdruckes ausreichen. Im „Job-Strain“ sieht sich der Mitarbeiter/Patient zunehmend außerstande, den betrieblichen Anforderungsdruck mit dem ihm bekannten Handlungsspielraum stressreduzierend zu lösen. Nun muss er abwägen: Lässt er sich weiter von seinem Vermeidungsverhalten leiten und versucht die aktuelle Situation „auszuhalten“, oder riskiert er Auslotungsexperimente mit der Gefahr von Kritik und Sanktion – aber auch der Chance zunehmender Handlungsmöglichkeiten mit Stressreduktion und Wiederherstellung/Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit?

Aus pragmatischen Gründen lassen sich 2 Stufen von „Auslotungsexperimenten“ unterscheiden, welche nacheinander versucht werden können.

Auslotungsexperimente der Stufe I:

Welches Auslotungsexperiment führt einerseits zu einer Stressentlastung, fällt andererseits im Betrieb (zumindest den Vorgesetzten) nicht bewußt auf und ist gleichzeitig sinnvoll, konstruktiv für den Betrieb? Die Erfahrung zeigt, dass hier häufig systemische Experimente gefunden werden können, die zwar zunächst nicht zu einer deutlichen Stressreduktion führen, aber das stressauslö-

Tabelle 3: Interventionsmöglichkeiten zum „Demand-Control -Modell“ aus ärztlicher, therapeutischer und coachender Sicht:

Typische „Demand-Control-Situationen [DC-Situationen]“	Interventionsmöglichkeiten aus „therapeutischer-coachender“ Sicht	
Hohe Arbeitsanforderung – hoher Handlungsspielraum	verhaltens-, systemtherapeutisch, in der objektivierbaren betrieblichen Realität Schrittweise die Grenzen des eigenen großen Handlungsspielraumes ausloten: wieviel Unterstützung wird gewährt? Ggfs. Fortbildung, Coaching usw. Bald Rückkoppelung mit Vorgesetzten suchen. Eigene Ressourcen zielorientiert und konsequent einsetzen, ggfs. neue lernen.	klärend im Umgang mit sich selber Die betriebliche Situation als persönliche Herausforderung annehmen lernen, aber auch eigene Überforderungsgrenzen erkennen und akzeptieren lernen. (Chance zur Resilienz annehmen). Teilschritte definieren, deren Erreichung persönlicher Erfolg darstellt. Beachten* biografischer Bezüge (z. B. „innere Antreiber“). Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbidität, z. B. (Hypo)manieneigung .
Hohe Arbeitsanforderung – niedriger Handlungsspielraum = „Job-Strain“	Ist der eigene Handlungsspielraum tatsächlich so niedrig? Gezieltes Ausloten des tatsächlichen Handlungsspielraumes ggfs durch begleitete „therapeutische Auslotungsexperimente“ Stufe I + II. Vorher intensive Kommunikation mit vertrauten Mitarbeitern und ggfs. vorsichtige sachliche Kommunikation mit Führungskräften suchen. GGfs. vorbereitende Experimente: Was passiert, wenn ich mich neu in eine bestimmte Richtung verhalte? Eigene Ressourcen zielorientiert und konsequent einsetzen, ggfs. neue lernen.	Vor allem Erkennen und Akzeptieren der starken Gesundheitsbelastung und ggfs. der „burn-out Falle“! Ggfs. außerbetriebliche Unterstützung suchen (Krankenkassen, arbeitsstress erfahrener Coach / Psychiater / Psychotherapeut). Ggfs. bewußte „innere Kündigung“ (!) zur Entlastung anstreben und ggfs. baldige aktive Stellensuche fördern. Beachten* biografischer Bezüge (z. B. „innere Kontrolleure“, „Perfektionismus“, „Delegationsschwäche“ uam) Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbiditäten, z. B. ängstlich-dependent, zwanghafte Persönlichkeitsfacetten .
niedrige Arbeitsanforderung – hoher Handlungsspielraum	„Therapeutische“ Experimente mit dem Ziel, sich mehr sinnvolle Arbeit zu besorgen. Gibt es hier Organisationsspielraum? Ist Mitarbeiter ggfs. zu abwartend, passiv?	Welche intrinsische Erwerbsmotivation besteht? Beachten* biografischer Bezüge: Erneutes Übersehen der Person durch Nicht-Beachtung wegen Nicht-Zuteilung einer ausreichenden Arbeitsmenge? Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbiditäten, z. B. narzißtische, histrionische Persönlichkeitsfacetten.
niedrige Arbeitsanforderung – niedriger Handlungsspielraum	komplexe Situation, da keine zeitnahe pathogene Arbeitsbelastung droht, aber andererseits Arbeitszufriedenheit und persönliche Weiterentwicklung unwahrscheinlich ist. „Status-Quo“ droht. Ganz verschiedene individuelle Anpassungsstrategien möglich.	Komplexe Situation, verschiedene individuelle Interventionen denkbar. Wo liegt der Hauptstressor: niedrige Arbeitsanforderung – oder niedriger Handlungsspielraum – oder Kombination?

sende Ohnmachtsgefühl: *man kann rein-gar-nichts an der Situation verändern*, eindeutig widerlegen. Damit ist für gestresste Mitarbeiter / Patienten der entscheidende Anfang in die aktive Handlungsorientierung, heraus aus der passiven Hilflosigkeit gemacht [7]. Nach bisheriger kasuistischer Erfahrung kann diese häufiger eine weitere

positive stressbewältigende Entwicklung des Mitarbeiters / Patienten einleiten [10], die ggfs. bis zur eigenständigen resilienten Mitarbeiterpersönlichkeit führen können [8].

Auslotungsexperimente der Stufe II: Bei Wirkungslosigkeit von Stufe I-Experimenten kann die Notbremse

gezogen werden. Es werden Auslotungsexperimente versucht, welche keine direkte „Win-Situation“ für den Betrieb mehr anstreben. Hier wird sich zunächst die Frage nach Möglichkeiten eines stressreduzierenden „inneren Rückzugs“ und „heimlicher, aber definierter Schonarbeit“ (!) stellen. Möglicherweise fällt eine mäßig leistungs-

reduzierte Arbeit nicht (sofort) auf, zumal die aktuelle Arbeitsleistung des gestressten Mitarbeiters sicherlich bereits reduziert ist. Ist der gestresste, unmittelbar von Arbeitsunfähigkeit bedrohte Mitarbeiter aus Selbstschutzgründen zum „inneren Rückzug“, zum „Dienst nach Vorschrift“ oder zur „taktischen Schonarbeit“ bereit und erlebt hierdurch eine Stressreduktion, dann ist die unmittelbare Gefahr der psychischen Dekompensation mit Arbeitsunfähigkeit zunächst abgewandt. Zusätzlich sinkt auch das stressbezogene Unfallrisiko [3]. Vielleicht kann er sein reduziertes Arbeitspensum sogar qualitativ besser ausfüllen, so dass der Betrieb hierdurch noch eine indirekte Win-Situation erhält. Alle Auslotungsexperimente der Stufe II beinhalten immer eine faire Grundeinstellung zum Betrieb, damit keine zusätzlichen Loyalitätskonflikte im gestressten Patienten auftreten. Allerdings wird sich der „heimlich, aber fair weniger arbeitende“ Mitarbeiter eine Erklärungsstrategie überlegen müssen, wenn er von Vorgesetzten auf sein geändertes Arbeitsverhalten angesprochen wird. Hierzu eignen sich prinzipiell unterschiedliche Kommunikations- und Selbstbehauptungsstrategien.

Eine therapeutisch-coachende Anleitung zur „heimlichen, aber fairen Schonarbeit“ wird zunächst irritieren. Allerdings muss der im „Job-Strain“ gestresste Mitarbeiter in letzter Konsequenz und Not seine Arbeitsanforderung (quantitativ, qualitativ) heimlich herunterregulieren, wenn er die nötigen Handlungsspielräume nicht direkt erweitern kann und individuell an krankmachenden Anforderungsgrenzen angelangt ist. Da die Entscheidung, heimlich weniger (oder anders) zu arbeiten“, indirekt wieder den Handlungsspielraum erweitert, können Auslotungsexperimente der Stufe II im DC-Modell unter Handlungsspielraum und nicht unter Arbeitsanforderung subsumiert werden.

Es wäre interessant herauszufinden, inwieweit hierdurch zumindest kontraproduktives Arbeitsverhalten, wie es

sonst unter ungerecht erlebten Stressbedingungen auftritt [5, 9], vermieden werden könnte. Möglicherweise führen die Auslotungsexperimente der Stufe II indirekt zu mehr betrieblichen Win-Situationen, als zunächst vermutet.

Fazit

Das DC-Arbeitsplatzbelastungsmodell beinhaltet „Win-Win-Chancen“ für Mitarbeiter und Betriebe. Einerseits können zunehmende Stressbelastungen auf mögliche, den Mitarbeitern bisher unbekannt, versteckte Handlungsspielräume systematisch untersucht werden und diese ggfs. umgesetzt werden. So bleibt die Arbeitsfähigkeit dem Betrieb ohne kontraproduktives Arbeiten [5, 9], ohne Absentismus, ohne Präsentismus erhalten. Andererseits ermöglicht es dem gestressten Mitarbeiter, eine Bewältigungschance, die idealerweise ein gesundheitsförderndes resilientes Persönlichkeitswachstum einleitet. Die zu bewältigende Arbeitssituation sollte allerdings gleichzeitig immer auch aus Führungssicht auf mögliche DC-Belastungsfaktoren und primär-präventiven Lösungsmöglichkeiten untersucht werden. Eine Vernetzung von Verhaltens- und Verhältnisprävention erscheint deshalb bei psychischen Erkrankungen grundsätzlich die effektivste Interventionsstrategie [12]. □

Literatur:

- [1] Bandura, A., Locke, E. A.: *Negativ self-efficacy and goal effects revisited*. *Journal of Applied Psychology* 2003; 88: 87–99
- [2] Bödecker, W.: *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland*. www.bkk.de (Aufruf 10. 2. 2009)

Danksagung: Die Arbeit wurde aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz und des Europäischen Sozialfonds gefördert.

- [3] Eliehausen, H. J., Donker, L., Fritzsche, A., Konerding, J., Pavlovsky, B., Schott, S., Seidel, D.: *Stress und Arbeitsunfall*. *Die BG* 202; 12: 614–619
- [4] Flintrop, J.: *Psychische Erkrankungen weiter auf dem Vormarsch*. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106: 99
- [5] Greenberg, J.: *Employee theft as a reaction to underpayment inequity: The hidden cost of pay cuts*. *Journal of Applied Psychology* 1990; 75: 561–568
- [6] Kasarek, R. A., Theorell, T.: *Healthy Work*. Basic Books New York 1990
- [7] Kuhl, J.: *Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 155–170
- [8] Maddi, S. R., Koshabe, D. M.: *Resilience at work. How to succeed no matter what life throws at you*. AMACOM New York 2005
- [9] Nerdinger, F. W., Blicke, G., Schaper, N.: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Springer Heidelberg 2008, Kapitel 25: *Formen des Arbeitsverhaltens*. S. 444–458
- [10] Poersch, M.: *Wiedereingliederungstherapie in das Erwerbsleben für depressiv / psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiografie*. *Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin* 2007; 42: 228–235
- [11] Siegrist, J.: *Chronic psychosozial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 [Suppl 5] 115–119
- [12] Sockoll, I., Kramer, I., Bödecker, W.: *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. iga. Report 13. 1. Auflage 2008 www.iga-info.de
- [13] Weber, A., Hörmann, G.: *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit?* *Gesundheitswesen* 2008; 70: 105–114
- [14] Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., Bonde, J. P.: *Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce*. *BMC Public Health* 2008; 8: 280–287
- [15] Wieland, R.: *Barmer Gesundheitsreport 2008*. www.barmer.de (Aufruf 10. 3. 2009)
- [16] Wissenschaftliches Institut der AOK: *Steigender Krankenstand: Psychische Erkrankungen weiterhin auf dem Vormarsch*. Pressemitteilung 25. 2. 2009 www.wido.de (Aufruf 30. 4. 2009)

Meine Meinung

Offenheit statt Rückzug

Warum Auslotungsexperimente der falsche Weg sind

Spätestens seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts reden wir jedenfalls in der Arbeitsmedizin entschieden und überzeugt von Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit als wesentlichen Grundlagen und Voraussetzungen für zutreffende Analyse und wirksame Intervention bei arbeitsassoziierten Gesundheitsstörungen.

Nach der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (Dtsch Arztebl 2009, 106 (42): A 2064–6) geben Marius Poersch und Markus Schmitt nun auch in dem hier abgedruckten Artikel für das Verhalten bei reduzierten Handlungsspielräumen von Beschäftigten Ratschläge, die weder bei der Ursachenfindung noch bei der Problemlösung interdisziplinäre, ganzheitliche oder systemische Ansätze erkennen lassen. Deshalb ist ihnen zu widersprechen. Dabei beschreiben die Autoren die Ausgangslage durchaus zutreffend: Dass psychische Störungen bei deutschen Erwerbstätigen zunehmen, ist ebenso unbestritten wie deren vielfältige Ursachen.

Auch das „Demand-Control- Arbeitsbelastungsmodell“ basiert auf bewährtem und gesichertem arbeits- und organisationspsychologischen Wissen. Daher führen Poersch und Schmitt in ihrem Artikel im Deutschen Ärzteblatt unter Bezugnahme auf eine aktuelle Befragung von Führungskräften zu Recht aus, „dass das sogenannte Management by command and control bei den Nachwuchsmanagern bereits diskreditiert“ sei.

Die praktische Vorgehensweise aber, von der die Autoren auf der Grundlage von „Einzelfallgeschichten“ berichten, überzeugt den betriebärztlichen Praktiker nicht.

Die Aussagen zur Exploration der Arbeitsbelastung lassen völlig im Dunkeln, mit welchem diagnostischen Instrumentarium die so genannte „rein objektive“ von der „rein subjektiven“ Arbeitsbelastung abgegrenzt wird. Der Versuch, im bilateralen Dialog mit dem psychisch leidenden Mitarbeiter / Patienten ohne weitere Kenntnis der betrieblichen Verhältnisse zu belastbaren Schlussfolgerungen und daraus abgeleiteten Verhaltens- und Therapieempfehlungen zu kommen, erscheint verwegen.

Ähnlich fragwürdig ist das Ansinnen, den tatsächlich vorhandenen Handlungsspielraum im betrieblichen Alltag allein aus dem ärztlichen Gespräch mit dem Betroffenen heraus beurteilen zu wollen.

Zutreffend bemerken die Autoren: „Das Unwissen über die Handlungsspielräume ist nahezu immer auf ein Vermeidungsverhalten des Mitarbeiters / Patienten zurückzuführen.“

Insofern spricht auch nichts gegen die vorgeschlagenen Versuche, Patienten zur Erweiterung ihrer vermeintlich engen Handlungsspielräume zu ermuntern und sie durch Coaching oder Therapie darauf vorzubereiten.

Aber allein auf der Grundlage des Arzt-Patient-Gesprächs ohne weitere Diagnostik oder ergänzendes Konsilium Auslotungsexperimente im „System Betrieb“ anzuregen oder gar zu initiieren, ist aus Sicht des Arztes blauäugig, für den Patienten riskant.

Mutet die Empfehlung des Auslotungsexperiments der Stufe 1, stressauslösende Tätigkeiten im Betrieb zu unterlassen, möglichst ohne dass es jemand bemerkt, um damit zu erleben, dass Handlungsspielräume zurück gewonnen werden, schon problematisch und

nicht wirklich nachhaltig an, wirkt das Auslotungsexperiment der Stufe 2 geradezu absurd: Hier werden ernsthaft „Möglichkeiten eines stressreduzierenden inneren Rückzugs“ und „heimlicher, aber definierten Schonarbeit“ (!) in Betracht gezogen und gemutmaßt, dass „eine mäßig leistungsreduzierte Arbeit nicht (sofort)“ auffällt, „zumal die aktuelle Arbeitsleistung des gestressten Mitarbeiters sicherlich bereits reduziert“ sei. „Ist der gestresste, unmittelbar von Arbeitsunfähigkeit bedrohte Mitarbeiter aus Selbstschutzgründen zum „inneren Rückzug“, zum „Dienst nach Vorschrift“ oder zur „taktischen Schonarbeit“ bereit und erlebt hierdurch eine Stressreduktion, dann ist die unmittelbare Gefahr der psychischen Dekompensation mit Arbeitsunfähigkeit zunächst abgewendet. Zusätzlich sinkt auch das stressbezogene Unfallrisiko“, führen die Autoren aus. Die therapeutischen Ambitionen von Poersch und Schmitt sind ehrenwert und ihre Vorstellungen von dem, was sich im betrieblichen Alltag vollzieht, gut gemeint. Allein: Als allgemeingültige Empfehlung wird man Auslotungsexperimente nicht nur wegen ihrer fragwürdigen Wirksamkeit und zweifelhaften Nachhaltigkeit nicht empfehlen können.

Bedenklich ist daran vor allem, dass psychische Belastungen von Mitarbeitern auf diese Weise vollends privatisiert werden. Der therapeutische Blick verengt sich auf das Mitarbeiterverhalten und wendet ihn von den Verhältnissen im Unternehmen ab. Das ganze Gewicht des Behandlungsprozesses lastet auf dem Patienten.

Der Betrieb als komplexes Beziehungs- und Problemlösungssystem wird hinge-

gen überhaupt nicht gesehen und einbezogen.

Erfahrungsgemäß führen derartige Strategien nicht zu nachhaltigem Erfolg. Nicht die Separierung und Vereinzelung von Betroffenen, sondern die Erweiterung des Spektrums ist anzustreben. Nicht Heimlichkeiten und Rückzug, sondern Offenheit und Durchschaubarkeit versprechen dauerhafte Besserung. Den Entstehungsbedingungen psychischer Störungen ist die systemische Herangehensweise unter Einbeziehung wesentlicher betrieblicher Akteure angemessen – selbstverständlich unter Wahrung ärztlicher und therapeutischer Verschwiegenheitspflichten.

Darin haben vertrauliche ärztliche Gespräche ebenso ihren Platz wie qualifizierte Psychotherapie und Coachings, durchaus auch mit dem Ziel, dass Mitarbeiter den Gesicht wahren Rückzug, Wert geschätzte Zurückhaltung und das von ihnen selbst und anderen

geachtete Neinsagen lernen. Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahmen ist aber, dass der Blick auf die Verhältnisse dabei nicht verloren geht: Was muss und was kann im System geändert werden, um psychische Belastungen zu reduzieren.

Hier ist vertrauensvolle und offene Kooperation gefragt – mit Vorgesetzten, Kollegen, inner- und außerbetrieblichen Partnern. Verschiedene Sichtweisen erweitern den Blick auf die Ursachen psychischer Störungen, viele Disziplinen stärken die Lösungskompetenz.

Der Betriebsarzt spielt hier die zentrale Rolle: Als Arzt im vertraulichen und verschwiegenen Kontakt mit dem Betroffenen und seinen behandelnden Ärzten einerseits, als Kenner der betrieblichen Verhältnisse und Akteure andererseits sowie schließlich als Initiator und Moderator von Gesprächen zur Problembeschreibung und Lösungsfindung.

Psychische Störungen haben eine komplexe Entstehungsgeschichte. Ihre Linderung oder Beseitigung kann nicht isoliert und mechanistisch, sondern nur systemisch und ganzheitlich erreicht werden.

Der Betrieb als prägender Sozialraum bietet neben beachtlichen Risiken auch große Chancen. Wer sie nutzen will, darf Erkenntnis- und Handlungsoptionen nicht einschränken, sondern muss sie erweitern.

Die Explorationsvorschläge und Auslotungsexperimente von Poersch und Schmitt weisen leider den umgekehrten Weg.

Schade! □

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

Gut versorgt im Ausland

Sollen und können beruflich Auslandsreisende auch während der Reise medizinisch betreut werden?

Einleitung:

Die Reisemedizin in Deutschland berät Reisende vor und nach ihrem Aufenthalt im Ausland. Die Zeit der Tätigkeit im Ausland bleibt vor allem bei Langzeitaufhalten oft unzureichend abgedeckt. Für Reisemediziner ist es wichtig, zu wissen, ob und wie ihre Patienten und deren Arbeitgeber auch bei Langzeitaufhalten im Ausland eine adäquate medizinische Versorgung erfahren können.

Thema:

Die Aufgabe, die Verpflichtung und die Möglichkeiten, insbesondere Langzeitreisende auch vor Ort im Ausland medizinisch zu betreuen, sollen mit diesem Artikel erläutert und analysiert werden. Unter Reisemedizin versteht man den Teil der Medizin, der sich mit der Darstellung aller Fakten in Bezug auf Gesundheitsrisiken für Reisende einschließlich der Prophylaxe, Diagnostik und der Therapie beschäftigt. Gerade

bei Reisen in die Tropen und Subtropen können viele Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen auftreten. Der internationale Reiseverkehr hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Vor allem aber auch bei beruflichen Reisen in tropische und subtropische Länder gibt es gesundheitliche Risiken. (Abb. 1) Hierzu zählt vor allem auch ein oft erhöhtes Unfallrisiko. Die Hälfte aller in diese Länder Reisenden erkrankt wäh-



Kontakt

Dr. med. Stefan Eßer, M.P.H.
Medical Director Medical Services
International SOS Emergency Services
Hugenottenallee 167
63263 Neu-Isenburg
E-Mail:
stefan.esser@internationalsos.com



Abb. 1
Arbeitseinsätze
im Ausland können
vor allem im Bereich
Energiewirtschaft,
Bergbau und Infra-
struktur unter extre-
men klimatischen
und gesundheit-
lichen Bedingungen
stattfinden, wie
hier auf Borneo,
Indonesien

rend oder nach der Reise; rund 10% müssen wegen dieser gesundheitlichen Probleme einen Arzt aufsuchen; rund 8% erkranken so schwer, dass sie vorübergehend bettlägerig werden. Immerhin noch 3% dieser Reisenden sind auch nach Rückkehr aus dem Urlaub oder von der Reise noch arbeitsunfähig. Die Information über gesundheitliche Risiken im europäischen Ausland und auf anderen Kontinenten sowie das Wissen, wie diese Gesundheitsrisiken vermieden oder reduziert werden können, ist Aufgabe der Reisemedizin, die sich dabei unter anderem der Erkenntnisse der Tropenmedizin bedient. Reisemedizin umfasst aber auch die Betreuung von Patienten während ihrer Reise bis hin zu möglicherweise notwendigen Rücktransporten. Dabei bedient sich die Reisemedizin der Erfahrungen oder der Hilfe der Assistance-Medizin.

Ergebnisse:

Die Analyse der derzeitigen Situation lässt einige klare Schlüsse ziehen. Privatpersonen, die ins Ausland reisen, haben die Möglichkeit, sich freiwillig von reisemedizinisch fortgebildeten Ärzten vor ihrer Reise beraten zu lassen, ggf. Vorbeugemaßnahmen wie Impfungen oder Malariaphylaxe in Anspruch zu nehmen und sich durch eine Auslands-krankenversicherung zumindest gegen das finanzielle Risiko eine Erkrankung im Ausland abzusichern. Die Zuständigkeit, all diese Maßnahmen zu initiieren, liegt beim Reisenden selbst. Bei beruflich Reisenden gelten andere Voraussetzungen. Ein Arbeitgeber kann

seine Mitarbeiter zwar im Normalfall nicht zu einer Auslandsreise zwingen, dennoch wird der Arbeitnehmer in vielen Fällen dem Wunsch seiner Firma, im Ausland zu arbeiten, nur schwer widersprechen können. Hieraus ergibt sich eine besondere Fürsorgepflicht des Arbeitgebers schon nach §§ 618 Abs 1 und 2 sowie 619 BGB. Der Unternehmer hat aber auch sicherzustellen, dass die Mitarbeiter durch ihre Tätigkeit keine gesundheitlichen Schäden erleiden. (1)

Für die medizinische Vorbereitung einer solchen, längerwährenden Auslandsreise in Regionen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko haben die Berufsgenossenschaften schon vor gut 30 Jahren einen eigenen Grundsatz erlassen (G35), der Anhaltspunkte und Hinweise gibt für gezielte arbeitsmedizinische Vorsorge bei beruflichen Tätigkeiten im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen. Eine Erstuntersuchung nach G35 ist formal ab einer Gesamtaufenthaltsdauer von 3 Monaten pro Jahr im Ausland vorgeschrieben. Die Durchführung der Erstuntersuchung gemäß G35 obliegt in der Regel dem Betriebsarzt (2) und umfasst eine Tauglichkeitsbeurteilung und eine arbeits- und reise-medizinische Beratung. Im Anschluss an den Aufenthalt sind Nachuntersuchungen (Rückkehruntersuchungen) vorgesehen. (3) Trotz dieser berufsgenossenschaftlichen Regelung liegen hier immer noch große Defizite vor. (4)



Abb. 2
Medizinische
Dienstleister mit
Alarmzentralen
für die Assistance-
Medizin verfügen
idealerweise über
ein weltweites
Netzwerk



Abb. 3
Große Baustellen
und Produktions-
projekte verfügen
teilweise über
eigene medizinische
Einrichtungen
(Clinics) wie hier
in Malabo,
Äquatorial Guinea

Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers („Duty of Care“) erlischt aber nicht mit Verlassen der Bundesrepublik Deutschland.

Auch am neuen Arbeitsplatz in möglicherweise entlegenen Regionen der Erde, die einerseits besondere gesundheitliche Risiken mit sich bringen (Infektionskrankheiten, psychische Belastung, Unfallrisiko) und andererseits gegenüber Europa eine deutlich schlechtere medizinische Infrastruktur bereitstellen, muss der Mitarbeiter sich auf eine medizinische Versorgung verlassen können. (5)

Sofern der Arbeitgeber diese medizinische Versorgung draußen vor Ort und mögliche Assistenzleistungen an Dienstleister auslagern möchte, sollten diese Assistenz-Anbieter oder andere medizinische Dienstleister mindestens einige grundlegende Voraussetzungen erfüllen:

- 24-stündige Erreichbarkeit
- An 365 Tagen im Jahr
- Sie müssen über ein Netzwerk von Alarmzentralen verfügen
- Sie müssen über jederzeit verfügbare Ambulanzflugzeuge verfügen
- Sie müssen über ein eigenes Netzwerk von selbst evaluierten Dienstleistern verfügen
- Sie müssen vor Ort und in Deutschland vertreten sein
- Sie müssen die verschiedenen internationalen und lokalen Sprachen, die in den Projekten vor Ort relevant sind, über ihre Alarmzentralen abdecken

Fazit:

Eine rein finanzielle Absicherung der gesundheitlichen Risiken des Arbeitnehmers bei Langzeitaufenthalt im Ausland durch eine Auslandskrankenversicherung reicht zur Erfüllung der Fürsorgepflicht nicht aus. Vielmehr muss der Arbeitgeber auch die organisatorischen Maßnahmen sicherstellen, die u.a. eine medizinische Versorgung im Ausland und unter besonderen Bedingungen garantieren. Er kann dies durch eigene Organisationseinheiten

tun oder diese Dienste an andere Organisationen delegieren. (Abb. 2) Große Unternehmen, insbesondere aus dem Bereich Energiewirtschaft, Bergbau oder Infrastruktur (Energy, Mining and Infrastructure, EMI) unterhalten teilweise auf ihren Baustellen bzw. Projekten dazu eigne medizinische Einrichtungen (Clinics). (Abb. 3) Vor allem mittelständische und kleinere Unternehmen delegieren diese Tätigkeit an professionelle Anbieter medizinischer Leistungen. Hierzu stehen Assistenzmedizinische Dienste mit Alarmzentralen und versierte Organisationen mit weltweiten medizinischen Dienstleistungen („Global Medical Services“) zur Verfügung.

Den beruflich Reisenden und vor allem auch den Arbeitgeber auf die Notwendigkeit, die medizinische Betreuung auch im Ausland zu garantieren, hinzuweisen, ist unter anderem auch eine verantwortungsvolle Aufgabe aller reisemedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte. □

Key-words:

Travel medicine, Duty of Care, Expatriates, Global Medical Services, Assistance medicine,

Literatur:

- [1] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 4. Auflage, Stadt: Gentner Verlag; 2007: 18–19
- [2] Mikulicz, U., Der Arbeitsaufenthalt im Ausland aus Sicht des Betriebsarztes. *Praktische Arbeitsmedizin* 2007; 9: 30–34
- [3] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 4. Auflage, Stadt: Gentner Verlag; 2007: 463–476
- [4] Müller-Sacks, E., Gesundheitsvorsorge bei Fernreisen. In: Gert-Otto Rieke, Hrsg. *Modernes Geschäftsreise-Management* 2009, Stadt: Alabasta Verlag München; 2000; 104–105
- [5] Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit; §§ 3, 4, 9 und 10

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 □

Liste der Berufskrankheiten erweitert

Die Liste der Berufskrankheiten (BKs) ist um fünf weitere Krankheitsbilder ergänzt worden. Seit dem 1. Juli 2009 können folgende Krankheitsbilder als Berufskrankheiten anerkannt werden, wenn die berufliche Verursachung bestätigt ist:

1. Gonarthrose – der vorzeitige Verschleiß der knorpeligen Gelenkflächen im Knie (BK-Nr. 2112)
2. Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkungen von Schweißrauchen und Schweißgasen (BK-Nr. 4115)
3. Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol (BK-Nr. 131)
4. Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) (BK-Nr. 4113)
5. Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfasern und PAK (BK-Nr. 4114) □

Einführung von TREDAPTIVE

Mit TREDAPTIVE steht eine neue lipidmodifizierte Therapie für Patienten mit primärer Hypercholesterinämie zur Verfügung. MSD führte TREDAPTIVE im September 2009 in Deutschland ein.

Bei der Versorgung von kardiovaskulären Hochrisikopatienten klaffen zwischen Anspruch und Wirklichkeit noch immer große Lücken. Das zeigen die deutschen Ergebnisse der multinationalen DYSIS-Studie: Obwohl alle Teilnehmer ein Statin nahmen, erreichten nur vier von zehn ein LDL-Cholesterin unter 100 mg/dl. Darüber hinaus wiesen viele Patienten auch unbefriedigende HDL- und Triglyzeridspiegel auf. Nicht einmal jeder Fünfte, der das Statin zur Sekundärprävention nahm, erreichte bei allen drei Parametern leitliniengerechte Werte.

Vor diesem Hintergrund werden innovative therapeutische Strategien für eine

multidimensionale Lipidtherapie benötigt, die zugleich LDL und Triglyzeride weiter senken und das HDL erhöhen, wenn ein Risikopatient trotz Statinbehandlung die Ziel- bzw. Normwerte nicht erreicht. Die Kombination von Nicotinsäure und Laropiprant zusätzlich zu Statinen könnte eine solche Therapieoption bieten. Nicotinsäure wirkt multidimensional – sie kann das LDL-Cholesterin und die Triglyzeride senken und das HDL-Cholesterin erhöhen. Die Kombination mit Laropiprant ermöglicht aufgrund eines verbesserten Profils, das therapeutische Potenzial der Nicotinsäure besser auszuschöpfen, als bisher.

Nicotinsäure/Laropiprant ist von der EMEA zugelassen und steht unter dem Handelsnamen TREDAPTIVE seit dem 1. September 2009 zur Verfügung.

Allgemeine Informationen im Internet unter www.msdd.de

Großartige Architektur trifft auf optisches Unternehmen

Nach fast zweijähriger Bauzeit wurde das neue Hauptwerk der Firma Oculus offiziell eingeweiht. Die Firma Oculus investierte € 8,5 Mio. in den An- und Umbau des Hauptwerkes in Wetzlar-Dutenhofen. Geschäftsführer Rainer Kirchhübel begrüßte knapp 200 geladene Gäste und ließ die Firmengeschichte kurz Revue passieren. Oculus stellt innovative Hightech-Produkte für den gesamten ophthalmologischen Weltmarkt her. Zurzeit sind bei der Firma Oculus 220 Mitarbeiter beschäftigt, davon sind 12% Auszubildende. Oculus war und bleibt immer ein Ausbildungsbetrieb. Darauf ist die Geschäftsleitung besonders stolz.

Der jetzige Um- und Anbau war der größte, den das 114 Jahre alte Familien-

unternehmen bisher durchgeführt hat. Heute ist die Geschäftsleitung froh, dass sie bei diesem Konzept geblieben ist. Auch wenn sich die derzeitige Krise bei Oculus mit – 15% im aktuellen Geschäftsjahr bemerkbar macht. Oculus sieht diese Investition als langfristig und auch als Signal an die Region Wetzlar. Wetzlar ist eine optische Hochburg und das Familienunternehmen plant nicht, die Fertigung ins Ausland zu verlagern. Mit dem zusätzlichen Erwerb eines Gebäudes im Nachbarort ist die Produktionsfläche um weitere 3.000 m² aufgestockt worden. Für die Zukunft ist Oculus nun mit neuen Montageabteilungen, aktuellster CNC Fertigungstechnologie, eigener Galvanik und Lackierung sowie Montage-

Impressum ASUpraxis

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