

Editorial

...und keiner kam zur Impfung

Wir sind eigentlich daran gewöhnt, dass jeden Winter die Grippe ausbricht. Die so genannte saisonale Grippe gilt als ernsthafte Erkrankung, vor allem für Menschen, die anfällig oder durch andere Krankheiten oder hohes Alter geschwächt sind.

Vor drei Jahren schien die Grippe kaum mehr aus den Schlagzeilen wegzudenken. 2006 war die Welt in Alarm versetzt. Im Nahen Osten und in Südostasien waren Fälle von Vogelgrippe (H5N1) aufgetreten, in etwa 14 Ländern erkrankten und starben Menschen daran. Die Letalität lag bei rund 60%. Zum Glück wird für die Übertragung ein sehr enger Kontakt zu dem erregerehaltigen Material benötigt, so dass sie meistens bei Personen auftrat, die engen Kontakt mit toten Vögeln hatten.

In die Schlagzeilen geraten ist 2009 aber eine andere Art von Grippe, die „Schweinegrippe“, die durch Influenzaviren verursacht wird, die normalerweise bei Schweinen vorkommen. Die Ärzte wurden das erste Mal darauf aufmerksam, als im April 2009 in Mexiko Menschen an dieser Grippe, der Neuen Influenza A(H1N1), erkrankten.

Das Virus verbreitete sich weltweit in kürzester Zeit.

Die WHO hat für den Fall einer Influenza-Pandemie einen Plan vorbereitet, der anhand von sechs Phasen national umzusetzende Maßnahmen koordiniert. Die Phasen 3 bis 5 drücken ein ansteigendes Risiko einer Pandemie aus. Im April 2009 galt wegen der Vogelgrippe (A/H5N1) noch die Phase 3, bis die WHO angesichts der dramatischen Entwicklung in Mexiko kurz hintereinander die Phasen 4 und 5 verkündete.

Bereits mit der Erhöhung auf Warnstufe 4 rief die Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan, alle Länder auf, umgehend ihre Pandemie-Notfallpläne zu aktivieren. Gleichzeitig riet die WHO von generellen Reisebeschränkungen ab, da eine Verbreitung der Viren hierdurch nicht mehr zu unterbinden sei. Da die Ausbreitung des Schweinegrippe-Erregers nicht mehr gestoppt und ein angepasster Impfstoff voraussichtlich nicht für die gesamte Bevölkerung rechtzeitig produziert werden könne, empfahl die WHO Mitte Juli allen Mitgliedsländern, mit oberster Priorität das medizinische Personal zu impfen.

In der Bundesrepublik hat die Impfkampagne am 26. Oktober 2009 begonnen. Ziel war es, 50 Millionen Menschen durch eine Grippeimpfung gegen den neuen Erreger mit dem Impfstoff Pandemrix zu immunisieren.

Zu diesem Zeitpunkt wussten weder die WHO noch eines unserer renommierten wissenschaftlichen Institute, wie sich das Virus entwickeln wird. Nur die Medien und ein paar besonders kluge Mediziner glaubten, den Durchblick zu haben.

Inhalt

Editorial

Die Schweinegrippe hat uns zum Glück verschont. Wir waren für den Ernstfall gerüstet. Zur Katastrophe aber wurde die Öffentlichkeitsarbeit und die Berichterstattung der Medien mit dem Ergebnis – so Dr. Monika Stichert –, „...dass keiner mehr zur Impfung ging“.

17

Praxis

Informationen zur Malariaberatung in der Praxis
Impfkomplikationen – was ist zu tun?
Screeninguntersuchungen im Unternehmen

19

20

22

Fortbildung

Was ist eine bipolare Störung?
Psychische Leiden nehmen zu

25

28

Service

Regionalforum Arbeitsmedizin 2010 in Hannover
docs@work:
Junge Ärzte für die Arbeitsmedizin begeistert

29

30

Firmennachrichten / Impressum

31 / 32

Ich habe inzwischen den Eindruck, dass in Deutschland eine Erkrankung nur stattfindet, wenn die Presse davon berichtet. Zuerst wurde eine Panik vor der neuen, unbekanntem Influenza geschürt, die überhaupt nicht gerechtfertigt war. Dann wurde in großen Lettern vor dem Impfstoff gewarnt. Er sei zu wenig getestet, besonders für Kinder gefährlich und mit nicht unerheblichen Nebenwirkungen belastet. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer äußerte Bedenken, ebenso einige Ärzte, die offenbar mit ihrer persönlichen Meinung mal ins Fernsehen wollten. Dann kam die Meldung über den ersten Toten



Dr. Monika Stichert

im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung, es wurde in teilweise reißerischem Stil von der Presse darüber berichtet. Hat sich denn wirklich niemand gesagt, dass es gar nicht verwunderlich ist, wenn es bei der Impfung von Risikogruppen zu Todesfällen kommt?

Dann – als die Zahl der Toten anstieg – änderte sich die Berichterstattung. Jetzt wurde in Angst und Panik gemacht. „Geht alle zum Impfen!“ – aber der Impfstoff fehlte. Die Länder, aufgrund der Medienberichte in Panik geraten, erhöhten ihre Bestellungen: 50 Millionen Dosen sollten es sein. Dass GlaxoSmithKline so schnell gar nicht produzieren konnte, wurde der Öffentlichkeit verschwiegen.

Dann neue Berichte in den Medien: Das sei doch alles gar nicht so schlimm, nur gut für die Pharmaindustrie, die sich an der Schweinegrippe eine goldene Nase verdienen wolle.

Und die WHO konnte kein Ansteigen der Todesfälle und Erkrankungen vermelden, zumindest nicht bis Mitte Januar.

Auf jeden Fall scheint in Deutschland keiner mehr auf die Experten zu hören. Kaum jedoch erscheint die Warnung einer unbekanntes Allgemeinmedizinerin aus dem Frankfurter Raum, wird diese per Email-Kette wie ein Lauffeuer verbreitet. Die jährlichen Todesfälle der „normalen“ saisonalen Influenza werden in der Presse nicht wahrgenommen, also auch nicht von der Bevölkerung. Keiner kennt diese sogenannten „Grippetoten“, da sie ja unter anderen Diagnosen wie Pneumonie oder Myokarditis versterben.

Die Impfakzeptanz ging nach den ersten berichteten Todesfällen schlagartig zurück. Keiner wollte sich mehr impfen lassen. Ist es ein Verdienst der Gesundheitsminister, der Politiker, der Journalisten dass bis jetzt nichts Schlimmeres passiert ist? Mit Sicherheit nicht! Wir haben ganz einfach Glück gehabt. Das Virus ist nicht mutiert, wurde (noch?) nicht zum Killervirus.

Was aber, wenn wir wirklich in die Katastrophe geraten? Wir haben eine Pandemie und keiner lässt sich impfen. In den vergangenen Wochen wurde unsere Bevölkerung desensibilisiert. Durch eine falsche Öffentlichkeitsarbeit, durch Medienberichte, durch Ärzte selbst. Ein Kollege sagte: „Das ist so, als wenn jemand monatelang ‚Feuer‘ ruft und keiner sieht einen Brand“. Und dann die Verteilung der Impfstoffe. Als Betriebsmediziner, der verschiedene Betriebe in unterschiedlichen Städten betreut, konnte man sich mit den verschiedensten Gesundheitsämtern auseinandersetzen, als hätten man nichts Besseres zu tun und jedes dieser Ämter machte es anders. Das war ein Lehrstück in Sachen Föderalismus.

Die Verantwortlichen müssen sich umgehend neue Strategien überlegen. Die WHO jedenfalls will die Kriterien für die Warnstufen überdenken.

Dr. med. Monika Stichert

Designierter Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration, László Andor:

Neuer Ansatz für die Arbeitszeitrichtlinie – branchenspezifische Lösung nicht ausgeschlossen

Der designierte Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration, László Andor, musste sich gestern in einer dreistündigen Anhörung den Fragen der Abgeordneten des Europäischen Parlamentes stellen: Thematisiert wurden dabei die Mutterschutz-, die Arbeitnehmerentsende- sowie die Arbeitszeitrichtlinie. Vor allem Andors Meinung zur umstrittenen „Opt-Out-Klausel“, zur Handhabung von freiwilligen Überstunden sowie zu Änderungen der Richtlinie standen im Mittelpunkt des Interesses.

Während der Ausführungen des aus Ungarn stammenden Nachfolgers von Vladimír Špidla wurde deutlich, dass es aus Andors Sicht dringend einen neuen Lösungsansatz für die Arbeitszeitrichtlinie geben und dieser auch umgesetzt werden müsse. Dabei sei besonders die Berücksichtigung der europäischen Sozialmodelle sowie des Subsidiaritätsprinzips notwendig. Die Ausgestaltung der „Opt-Out-Klausel“ betrachte er ferner

als suboptimal. Ziel müsse es vielmehr sein, eine Lösung zu finden, die alle Mitgliedsstaaten gleichermaßen anwenden können. Eine zeitliche Staffelung sei dabei jedoch nicht auszuschließen.

Bezüglich freiwilliger Überstunden von Arbeitnehmern verdeutlichte Andor, dass derzeit noch keine genauen Schlussfolgerungen möglich seien, da erst eine Überprüfung dieser Problematik abgewartet werden müsse. Doch müsse Arbeitnehmern, die freiwillige Überstunden wahrnehmen, bereits jetzt jeglicher Schutz der Gesundheit garantiert werden. Auf explizierte Nachfrage, ob für den neuen Ansatz der Arbeitszeitrichtlinie getrennte Regelungen für den Gesundheitsbereich vorgesehen seien, erklärte Andor, dass für ihn auch ein branchenspezifischer Ansatz möglich sei. Eine konkretere Antwort blieb jedoch aus.

Da es bei der Umsetzung der Arbeitnehmerentsenderichtlinie erhebliche Defizite gegeben habe, sei dort ebenfalls

eine inhaltliche Überarbeitung dringend notwendig, sagte Andor. Das Ziel, die Freizügigkeit von Arbeitnehmern zu fördern und zu verbessern, sei nicht erreicht worden. Zudem müsse der Ansatz der Mutterschutzrichtlinie überprüft werden. So werde die neue Gesundheitskommission der Frage nachgehen, ob Väter künftig berücksichtigt werden sollten.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt Andors im Falle seiner Bestätigung durch das EU-Parlament wird darüber hinaus die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sein. So sollen das Rauchen am Arbeitsplatz und Schutz der Arbeitnehmer vor gefährlichen Stoffen oder Strahlungen thematisiert werden. Allerdings würden umfassende wissenschaftliche Forschungen und die daraus resultierenden Ergebnisse und Fakten benötigt, um neue Aktionsprogramme und Maßnahmen im Bereich des Schutzes der Arbeitnehmer etablieren zu können. □



Informationen zur Malariaberatung in der Praxis



Dr. Monika Stichert

Die Malaria ist noch immer eines der führenden globalen Gesundheitsprobleme. Schätzungsweise sterben jährlich 2–3 Mio. Menschen daran, zumeist Kinder in Entwicklungsländern. Je häufiger *P. falciparum*, der Erreger der Malaria tropica, vorkommt, um so höher liegt die Sterblichkeitsrate. *P. falciparum* ist vor allem im tropischen Afrika, aber auch im südöstlichen Asien und in der Amazonasgegend beheimatet.

Aus reisemedizinischer Sicht können wir davon ausgehen, dass weltweit pro Jahr ca. 90–100 Mio. Reisende aus industrialisierten Ländern in Malariagebiete reisen. 2008 gehörte die Malaria mit 547 gemeldeten Fällen in Deutschland zu den häufig importierten Krankheiten. Die Zahl der gemeldeten Fälle lag auf dem Niveau der Vorjahre. Der Anteil an *P. falciparum* lag mit 82,5 % hoch. Zwei Menschen sind im Jahr 2008 daran verstorben. Der größte Teil dieser Patienten, zu denen Angaben vorlagen, hatte keine Malaria-Prophylaxe genommen. 88 % der Fälle wurden aus dem afrikanischen Kontinent importiert.

Das Risiko einer Malariainfektion pro 100.000 Reisenden liegt in

Zentral-Afrika	bei 357
West-Afrika	bei 302 (158–1300)
Ost-Afrika	bei 240
Indonesien	bei 76
Indien	bei 14,4 (62)
Thailand bei 2,1	(1,7–8,2)
Süd-Amerika	bei 1–7,2

(Variierende Daten, schlechte (z. T. alte) Datenlage); entnommen aus dem Vortrag von Prof. Mockenhaupt von der Glaxo-Sommerakademie 2009

Das Malariarisiko ist in West- und Zentralafrika und dort insbesondere außerhalb von Städten deutlich erhöht. Ohne medikamentöse Prophylaxe besteht bei

einem vierwöchigen Aufenthalt in Westafrika ein Risiko von 2,4 %, in Ostafrika von 1,5 %, in Indien von ca. 0,4 % und in Mittel- und Südamerika von ca. 0,05–0,01 % für Reisende pro Monat, an einer Malaria zu erkranken (Med. Welt 7–8/2009, F. G. E. Holst, Malaria in der Reisemedizin). Auf den Kontinenten finden sich unterschiedliche Arten der Anophelesmücke, die in Afrika vor allem nachts, im Amazonasbecken vor allem in der Dämmerung stechen.

Gerade ausländische Mitbürger und Mitbürgerinnen, die in ihre Heimatländer zurück fliegen, unterschätzen die Gefahr. Es ist ihnen nicht bekannt, dass sie ihre Semi-Immunität verlieren, wenn sie einige Zeit (ca. 6 Mon.) in Deutschland bzw. einem Nicht-Malaria-Gebiet gelebt haben. Schwangere tragen ein drei–fünffach erhöhtes Risiko, eine Malaria zu entwickeln, weshalb diese Frauen wenn möglich nicht in Malariagebiete reisen sollten.

Um über die Art und Weise einer Malariaphylaxe entscheiden zu können, sind die Angaben zu Reisestil, Reisedauer, Gebiet und Reisezeit sehr wichtig.

Die Prophylaxe besteht jedoch nicht nur aus der Einnahme von Medikamenten. Insbesondere der Vektorprophylaxe kommt die größte Bedeutung zu. Wesentlich ist die Vermeidung von nächtlichen bzw. in der Dämmerung erfolgenden Mückenstichen durch angepasste Kleidung und Aufenthalt in mückensicheren Räumen (Stichwort: Klimaanlage). Hinzu kommt der Gebrauch von Repellents und Moskitonetzen. Gerade diese Vektorprophylaxe wird häufig vernachlässigt, obwohl auch die Chemoprophylaxe nicht die Infektion verhindert, sondern nur das Erkrankungs-

risiko reduziert. Dabei würde das auch die Übertragung von Dengue-Fieber, Chikungunya-Fieber, Gelbfieber, Japanische Enzephalitis, Schlafkrankheit, Leishmaniosen, Filariosen, West-Nil-Fieber und ähnlichen Erkrankungen reduzieren. Die Kombination von Repellents für die Haut, Insektiziden für die Kleidung und die Benutzung von beschichteten Moskitonetzen bei einem Aufenthalt im Freien oder in unzureichend gesicherten Räumen bietet den größten Nutzen.

Folgende Repellentien sind u. a. erhältlich und wirksam:

- Nobite Haut Gel/Spray (Wirkstoff DEET); in den Tropen sollte der DEET Gehalt $\geq 30\%$ sein; geeignet für Kinder ab dem 2. LJ.
- Nobite Haut Sensitive (Wirkstoff Incaridin); geeignet für Kinder ab dem 2. Lebensmonat, greift Plastik nicht an
- Autan Active (Icaridin 20 %ig) – Cave: Autan family enthält nur 10 %iges Icaridin)
- Antibrumm forte (DEET)

Die Wirkungsdauer ist abhängig von der Konzentration und liegt bei etwa vier bis acht Stunden. Zuerst sollte der Sonnenschutz aufgetragen werden und eine halbe Stunde später der Mückenschutz.

Diverse andere Substanzen und ätherische Öle sind nicht oder nur über einen kürzeren Zeitraum wirksam.

Die Kleidung kann gut mit „Nobite Kleidung“ (Permethrin) imprägniert werden. Der Schutz hält für ca. einen Monat und geht auch nach dem Waschen und Bügeln nicht verloren. Man geht davon aus, dass ca. 40 % der Mückenstiche durch die Kleidung erfolgen.

Auch das Moskitonetz sollte imprägniert sein (Permethrin; Schutzdauer über 12 Monate) und die Lochgröße sollte zwischen 1,2 und 1,5 mm liegen. Die Maschendichte sollte klein genug sein, dass die Stechmücken abgehalten werden, aber groß genug, damit noch ein ausreichender Luftaustausch möglich ist.

Die Kleidung sollte lang, hell und weit sein. Denken Sie auch an Socken und geschlossene Schuhe. Unbedeckte Stellen sind ansonsten einzusprühen.

Zur Chemoprophylaxe sind zur Zeit in Deutschland drei Medikamente erhältlich:

Mefloquin (Lariam®), Atovaquon / Proguanil (Malarone®) und Doxycyclin sind nicht für diese Indikation in Deutschland zugelassenes Medikament. Außerhalb von den Zonen mit Resistenzentwicklung sind alle drei Medikamente gleich wirksam. Eine Chemoprophylaxe bietet aber niemals einen 100%igen Schutz. Doxycyclin wird gerne von jungen Leuten genommen, da es sehr preiswert zu haben ist. Allerdings muss auf die notwendige Kontrazeption und das Risiko einer Vaginalmykose und der evtl. auftretenden phototoxischen Wirkung hingewiesen werden, weshalb es nicht für Menschen, die sich in die Sonne legen wollen, zu empfehlen ist. Ein anderer Aspekt ist die unterschiedliche Einnahmedauer, sowohl vor dem Antritt der Reise als auch nach der Rückkehr, weshalb gerade bei Last-Minute-Reisenden Lariam nicht eingesetzt werden kann.

Präparat	vor Reise	nach Reise
Lariam®	1 (2–3) Wochen	4 Wochen
Malarone®	1–2 Tage	7 Tage
Doxycyclin	1–2 Tage	4 Wochen

Die Nebenwirkungsraten liegen für:
Lariam® bei 45 % milden NW und 12 % schweren NW (med. Hilfe wurde benötigt)
Malarone® bei 32 % milden NW und 7 % schweren NW
Doxycyclin bei 33 % milden NW und 6 % schweren Nebenwirkungen

(laut Schlagenhauf P et al.,
BMJ 2003 8; 327: 1078)

Bei Langzeitaufenthalten ist gerade die Vektorprophylaxe am Wichtigsten. Häufig gilt die Empfehlung, bei dieser Personengruppe nach dreimonatiger Chemoprophylaxe auf eine notfallmäßige Selbsttherapie umzustellen. Allerdings sollten in der Zwischenzeit das Haus und die Umgebung mückensicher

gemacht werden (z. B. Brutplätze entfernen) und ggf. eine erneute Chemoprophylaxe in der Regenzeit eingenommen werden. Dieses Vorgehen sorgt auch bei den Menschen für eine höhere Akzeptanz □

Dr. Monika Stichert

Impfkomplikation – Was ist zu tun?

Impfstoffe induzieren einen wirksamen Schutz gegen Infektionskrankheiten. Als körperfremde Substanzen können sie aber auch Nebenwirkungen im Organismus auslösen. Weit über 90 % aller Impfungen werden ohne jegliche Symptomatik toleriert und echte Impfschäden sind zum Glück eine ausgesprochene Rarität. Allerdings sind bei 5–10 % der Impflinge postvaksinale Beschwerden mit unterschiedlichem Schweregrad zu erwarten. Da es sich meistens um sog. Befindlichkeitsstörungen handelt, ist dies in jedem Fall der Erkrankung vorzuziehen. Inzwischen kennen in Deutschland aber die wenigsten Menschen noch die Erkrankungen, die durch die Impfungen verhindert werden, so dass die Impfnebenwirkungen bei der allgemeinen Diskussion immer mehr in den Vordergrund treten. Außerdem muß auch bedacht werden, dass Impfungen nicht nur zum individuellen Schutz, sondern auch zum Schutz der Allgemeinheit verabreicht werden. Zuständig für die staatliche Zulassung, die Überwachung von Impfstoffen sowie die Erfassung von Nebenwirkungen ist das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Wegen des öffentlichen Interesses an hohen Impfraten wurden für Schadensfälle bei Impfungen staatliche Entschädigungen vorgesehen. Für die Begutachtung und Anerkennung von Impfschäden sind die

Versorgungsämter der Länder zuständig. Voraussetzung für die Gewährung laufender Versorgungsbezüge sind dauerhafte Gesundheitsstörungen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 25 %.

Vor der Diagnose einer Impfkomplikation sind drei Fragen zu klären:

1. Differentialdiagnose: Ist die Differentialdiagnose anderer möglicher Erkrankungen abgeklärt?
2. Intervall: Ist das Intervall zwischen Impfung und beginnender Symptomatik schlüssig?
3. Symptome: Sind die Symptome als Impfreaktion oder als Impfkomplikation bekannt?

Unterschieden wird zwischen:

1. Impfreaktionen: harmlose Beschwerden im Rahmen der Immunantwort, zumeist im Prozentbereich (Bsp.: Lokalreaktion nach Tetanusimpfung; bei verstärkter Reaktion sind Kühlung oder Alkoholumschläge ausreichend, evtl. noch die Gabe eines Schmerzmittels)
2. Impfkrankheit: leichte Form der Infektionskrankheit, gegen die geimpft wurde (Bsp.: Impfmasern)
3. Impfkomplikation: vorübergehende therapiebedürftige Erkrankung, zumeist im Promillebereich, oder davon bleibende Schäden im Bereich von ca. 1 : 1 Mio. (Bsp.: Paresen nach Polio Lebendimpfung)

Bei Lebendimpfungen werden lebende, attenuierte, d.h. in ihrer Virulenz geschwächte Erreger appliziert. Diese vermehren sich dann im Organismus. Diese Vermehrungsphase ist zumeist kürzer als die normale Inkubationszeit der Erkrankung. Jedoch ist immer ein Zeitraum von mehreren Tagen nötig, bis sich überhaupt die ersten Reaktionen auf die Impfung bemerkbar machen können. So folgt beispielsweise nach Masernimpfung die Impfreaktion 7–12 Tage nach der Applikation. Dementsprechend kann eine grippeähnliche exanthematische Erkrankung zwei Tage nach der Masernimpfung keinesfalls eine Erkrankung an Impfmasern sein. Die Symptomatik der Impfreaktionen nach Applikation von Lebendimpfstoffen entspricht oft den Symptomen der natürlichen Erkrankung, z. B. Fieber und Exanthem nach Impfung gegen Masern oder Röteln.

Totimpfstoffe, d. h. inaktivierte Erreger, deren Toxoide oder Erregerbestandteile, führen vor allem zu Reaktionen an der Impfstelle, gelegentlich auch zu Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl und Schüttelfrost. Die Lokalreaktionen mit Schmerzen an der Impfstelle, Schwellung, Rötung und Infiltration entsprechen einer Typ III Reaktion oder Reaktion vom Latenztyp. Dabei treten die Reaktionen nach 6 (bzw. 12 bei Adsorbatimpfstoffen) – 48 Stunden auf. Zu den Adsorbatimpfstoffen zählen Diphtherie-, Tetanustoxoid, FSME- und Hepatitis B Impfstoffe. Systemische Reaktionen wie Schüttelfrost und Fieber werden wahrscheinlich durch das kurzzeitige Anfluten erhöhter Mengen von Immunkomplexen oder auch durch die Zytokinausschüttung ausgelöst. Falls der Organismus überfordert ist und die Immunkomplexe nicht rechtzeitig abgebaut werden, kann es typischerweise 14 Tage nach der Impfung zu einer Immunkomplexerkrankung kommen. Handelt es sich um eine Hyperimmunisierung, wie wir sie manchmal nach Tetanusimpfungen sehen, kann die Reaktion auch früher auftreten.

In Impfstoffen können noch Spuren von Medien, die zur Kultivierung der

Mikroorganismen nötig waren, enthalten sein. Hierzu zählen Restbestandteile der Kulturmedien (z. B. Hühnereiweißprotein) oder Hilfsstoffe, die bei der Herstellung notwendig waren (z. B. Antibiotika, Phenol), aber auch Konservierungsmittel oder Zusätze, um die Wirksamkeit zu steigern, sog. Adjuvanzien. Gegen einige dieser Substanzen kann ein entsprechend disponierter Patient sensibilisiert werden und dann evtl. mit einer Allergie reagieren.

Allergien gegen Aluminiumhydroxid oder Aluminiumphosphat sind unbekannt. Allerdings sind diese Substanzen subcutan schlecht verträglich und es können Fremdkörperreaktionen ausgelöst werden (z. B. Granulome oder sterile Abszesse).

Eine unspezifische Aktivierung von Erkrankungen oder Autoimmunprozessen wird auch immer wieder diskutiert, vor allem von den Impfgegnern. Inzwischen wird aber klar gesagt, dass Patienten und Patientinnen mit einer MS geimpft werden sollen, z. B. gegen Hepatitis B oder Influenza. Im Epidemiologischen Bulletin vom 6 Februar 2004 wird konkret berichtet, dass es keine wissenschaftlichen Fakten gibt, die einen solchen Zusammenhang beweisen. Zur Thematik lägen aber eine Vielzahl qualifizierter Studien und Stellungnahmen vor, die keine Evidenz für einen kausalen Zusammenhang der postulierten Krankheit mit z. B. der Hepatitis B Impfung finden konnten. Bei einer neurologischen Erkrankung nach Impfung steht immer die Differentialdiagnose im Vordergrund. Die Diagnose einer Impfkomplication ist in aller Regel eine Ausschlussdiagnose. Lediglich für das nephrotische Syndrom sind Rezidive nach Impfung glaubhaft berichtet worden.

Es können natürlich auch Schäden durch den Injektionsvorgang gesetzt werden, wie z. B. Spritzenabszesse, Hämatome, Injektionsschäden oder die Embolia cutis medicamentosa. Die letztere tritt sofort bzw. nach wenigen Minuten bis Stunden ein und ist extrem selten. Dabei gelangen versehentlich geringe Impfstoffmengen in Arteriolen

oder kleinere Arterien und können zu einer Mikroembolie führen. Diese Schäden sind zum einen durch eine ausreichende Hygiene zu verhindern, durch die Wahl des richtigen Impfortes (M. deltoideus) oder durch das Entlüften der Spritze bei nicht aufgesetzter Injektionsnadel. Dadurch wird vermieden, dass Impfstoff der Kanüle äußerlich anhaftet und in den Stichkanal gelangt. Eine prophylaktische Gabe von Paracetamol® innerhalb von 24 Std. sollte unterbleiben, da der Impferrfolg dadurch beeinträchtigt werden kann (Lancet 2009; 374: 1305 und 1339; Brit. Med. J. 2008; 337: 707).

Arthritiden werden gelegentlich als Komplikationen nach Impfungen berichtet, z. B. nach einer Rötelnimpfung. Bei den seltenen (< 1 %) Reaktionen nach Hepatitis B Impfung wird eine Immunkomplexerkrankung vermutet, die vorübergehend ist.

Nach der Impfung sollte der Impfling sich für ein bis zwei Tage, in denen mit einer normalen Impfreaktion zu rechnen ist, schonen. Vor allem sollten keine ungewohnten Anstrengungen unternommen werden.

Tritt nun im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung eine Erkrankung auf, dann ist zu klären, ob die Symptome mit einer Impfreaktion im weitesten Sinne vereinbar sind. Hierbei kann das Nationale Referenzzentrum sehr hilfreich sein, denn sie bieten bei Verdacht einer Impfkomplication kostenlose Diagnostik und Hilfe an. Auf der Webseite www.rki.de gibt es unter der Rubrik „Institut“ die Rubrik „nationale Referenzzentren“. Dort findet man unter „Übersicht“ die Liste aller Zentren und kann sich dann an das für den Erregertyp zuständige Zentrum wenden.

Wenn „ja“ ist zu klären, ob das zeitliche Intervall zwischen Reaktion und Impfung eine Impfreaktion wahrscheinlich macht. Wenn dies bejaht wird und es sich um mehr als eine „harmlose“ Impfreaktion handelt, besteht eine namentliche Meldepflicht des Arztes nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Mit einem Berichtsformular, das vom Paul-Ehrlich-Institut heraus-

gegeben wird, muss die namentliche Meldung des / der Patienten / Patientin an das Gesundheitsamt erfolgen. Das Meldeformular kann über das Gesundheitsamt bezogen werden bzw. auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts (<http://tinyurl.com/yfgxpol>) heruntergeladen werden. Die Anerkennung eines Impfschadens selbst setzt unter anderem voraus, dass es sich bei der durchgeführten Impfung um eine öffentlich empfohlene Impfung im betreffenden Bundesland gehandelt hat und der verwendete Impfstoff vom Paul-Ehrlich-Institut zugelassen wurde.

Das zuständige Gesundheitsamt ist nach § 11, Abs. 2 seinerseits verpflichtet, den gemeldeten Verdacht der zuständigen Landesbehörde und nach § 77 AMG der zuständigen Bundesbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut zu melden. Im Paul-Ehrlich-Institut werden die anonymisierten Daten medizi-

nisch bewertet, ggf. sind von hier aus die notwendigen Maßnahmen zur Risikoabwehr und zur Vorsorge einzuleiten. Die eingegangenen Fälle werden regelmäßig veröffentlicht (www.pei.de). Die Meldepflicht nach ärztlichem Standesrecht gemäß der Musterberufsordnung an die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft in Köln (www.akdae.de) bleibt hiervon unberührt. Ebenso sollte der Hersteller informiert werden. Außer gegenüber dem Gesundheitsamt sind die Meldedaten aber zu anonymisieren, bzw. nur die Initialen weiterzugeben. Alle weiteren Schritte müssen sehr gut dokumentiert werden. Die Differentialdiagnostik muss eingeleitet werden, evtl. muß Untersuchungsmaterial (Stuhl, Serum, etc.) asserviert werden. Bei all diesen Schritten kann jederzeit Kontakt mit den zuständigen Stellen aufgenommen werden, um auch alle notwendigen Schritte einzuleiten und

nichts zu übersehen. Ggf. ist auch die Überweisung an eine Spezialklinik notwendig. Wird die Diagnose „Impfkomplikation“ bestätigt, dann ist unverzüglich der Antrag auf Impfschadensanerkennung zusammen mit dem Gesundheitsamt beim zuständigen Versorgungsamt nach § 60 IfSG durchzuführen. □

Dr. Monika Stichert

Quellen:

Impfreaktionen; Bewertung und Differentialdiagnose, U. Quast, W. Thilo, R. Fescharek, Hippokrates Verlag
Impfsicherheit heute; B. Schneeweiß, M. Pfeleiderer, B. Keller-Stanislawski; DÄ, Jg. 105, Heft 34–35, 590–595
Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 01/00, Schutzimpfungen

Screeninguntersuchungen im Unternehmen



Dr. med. Jens Petersen

Betriebsärztliche Tätigkeit umfasst auch Aktionen im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung. Hierbei werden häufig innerbetriebliche gesundheitsfördernde Motivationsveranstaltungen als „Gesundheitstage“ durchgeführt, bei denen auch Screeninguntersuchungen als primärpräventive Maßnahmen angeboten werden. Mit diesen Screeninguntersuchungen soll das individuelle Risiko für das Auftreten definierter Erkrankungen bestimmt oder bisher unbekannte Erkrankungen oder auffällige Befunde identifiziert werden. Der Schwerpunkt liegt bei der Erhebung von Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankun-

gen, der Identifizierung von Stoffwechselerkrankungen, der Untersuchung von Sinnesorganen und der Erhebung von organbezogenen Funktionsparametern.

Die Angebote sollten einfach und wirtschaftlich mit vertretbarem Aufwand durchzuführen sein und konkrete, für die Probanden dokumentierbare Ergebnisse zeigen. Neben den personellen und materiellen Ressourcen spielt die Aussagekraft der erhobenen Daten eine entscheidende Rolle. Steht bei einigen Untersuchungen die Motivation zur Beschäftigung der Probanden mit ihrer eigenen Gesundheit im Vordergrund, sollten organbezogenen Befunde be-

sonders hinsichtlich der zu empfehlenden Konsequenzen und der weiteren Abklärungsbedürftigkeit geprüft werden. Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft hat in der folgenden Übersicht zur Orientierung für innerbetrieblich durchgeführte Aktionen mögliche Untersuchungsangebote zusammengestellt und bewertet, um Planung und Durchführung von Screeninguntersuchungen im Unternehmen zu erleichtern. □

Dr. med. Jens Petersen
 Leiter Arbeitsmedizin
 Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
 Hamburg

Screeninguntersuchungen im Unternehmen, Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, 2010

Screening	Untersuchungs-umfang	Aussagekraft	Personelle Ressourcen	Materielle Ressourcen	Finanzielle Ressourcen	Kosten / Nutzen Relation	Empfehlung der VBG
Koronare Herzkrankheit – KHK (Procam-Score)	Anamnese (Alter, Geschlecht, familiäre Belastung, Rauchen, Diabetes), Blutdruck, Blutfette (HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyceride)	Risiko für Herzinfarkt innerhalb der nächsten 10 Jahre in Prozent	Gering / Mittel 1 Person – zum Beispiel Betriebsarzt – einfache Durchführung	Mittel / Hoch Blutdruckgerät, Messgerät für Triglyceride, Differenzierung von HDL- und LDL-Cholesterin	Mittel / Hoch	Gut / Mäßig	+
Koronare Herzkrankheit – KHK (ESC-Score)	Anamnese (Alter, Geschlecht, familiäre Belastung, Rauchen), systolischer Blutdruck, Blutfette (Gesamtcholesterin, beziehungsweise Relation Gesamt- zu HDL-Cholesterin)	Sterblichkeit aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen – zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall – innerhalb der nächsten 10 Jahre in Prozent	Gering / Mittel 1 Person – zum Beispiel Betriebsarzt – einfache Durchführung	Gering / Mittel	Gering / Mittel	Gut	++
Arterielle Hypertonie (Blut-hochdruck)	Blutdruckmessung	Bei positivem Befund: Hinweis auf das Vorliegen eines Bluthochdrucks	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Gering Mobiles Blutdruckmessgerät (automatisch oder manuell)	Sehr gering	Sehr gut	++
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Blutzuckermessgerät	Bei positivem Befund: Hinweis auf das Vorliegen einer Zuckerkrankheit	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Blutzucker-messgerät (BZ-Stix-Gerät), Lanzetten (Auto-clix) und Teststreifen	Gering	Gut	++
Schilddrüsenerkrankungen	Blutentnahme	Diagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Blutentnahmematerial	Gering / Mittel	Gut	-
Adipositas	Messung von Körperlänge und Körpergewicht, eventuell Messung vom Bauchumfang	Diagnose von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht)	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Waage für das Körpergewicht, Messlatte und gegebenenfalls Messband	Gering	Gut	+
Körperfett	Messung des Körperfettanteils durch Impedanzmessung	Hinweis auf Fehlernährung	Gering 1 Person	Mobiles Impedanzmessgerät	Gering	Gut	+
Blutfette	Messung von Cholesterin und Triglyceriden im Blut	Bei positiven Befund: Hinweis auf das Vorliegen einer Fettstoffwechsell- störung	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Mobiles Messgerät (Stix-Gerät), Lanzetten (Auto-clix) und Teststreifen (Cholesterin und Triglyceride)	Gering Hoch für LDL-Cholesterin	Gut	+

Screening	Untersuchungs- umfang	Aussagekraft	Personelle Ressourcen	Materielle Ressourcen	Finanzielle Ressourcen	Kosten / Nutzen Relation	Empfehlung der VBG
Glaukom	Berührungslose Messung Augeninnendruck	Hinweis auf Glaukom, Glaukomausschluss nur durch Augenarzt möglich	Gering 1 Person	Mobiles Messgerät	Hoch	Gut	++ Große Resonanz in Unternehmen
Hautkrebs	Inspektion, Fotodokumentation	Diagnose Hautkrebs (Melanom) und Vorstufen	Gering 1 FA Haut	Untersuchungsraum	Gering	Sehr gut	++ Hohe Akzeptanz in Unternehmen
Darmkrebs	Stuhluntersuchung	Nachweis von Blut / M2-PK im Stuhl	Gering 1 medizinisch qualifizierte Person	Stuhlprobe, Messkit	Gering	Gering	+ -
Prostatakrebs	PSA	Hinweis auf Prostatakrebs	Gering 1 Person zu Blutentnahme	Gering	Gering	Gut	+ -
Lungenfunktion	Spirometrie	Hinweis auf obstruktive oder restriktive Lungenfunktionsstörung	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Mobiles Messgerät mit Befundausdruck	Gering	Gut	++ Einfache Screeningmethode, große Akzeptanz, sofortige Befunddokumentation mit Altersvergleich
Intimadicke	Ultraschalluntersuchung der A. carotis	Hinweis auf Gefäßverkalkungen beziehungsweise Schlaganfallrisiko	Gering 1 Person mit ärztlicher Qualifikation	Hoch Mobiles Sonographiegerät	Hoch	Mäßig	+
Schilddrüsen-Sonographie	Ultraschalluntersuchung Schilddrüse	Hinweis auf gutartige und bösartige Veränderungen der Schilddrüse	Gering 1 Person mit ärztlicher Qualifikation	Hoch Mobiles Sonographiegerät	Hoch	Gering	+ -
Stress	Erfassung von Herzfrequenz, Herzfrequenzvariabilität	Hinweise auf Beanspruchung des Herzens durch „Stress“	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Gering Mobiles Untersuchungsgerät	Mittel	Äußerst gering	-
Wirbelsäulen-Vermessung	Erfassung der Wirbelsäulenkontur	Hinweise auf Deformierung der Wirbelsäule	Gering 1 Person mit medizinischen Grundkenntnissen	Gering Mobiles Untersuchungsgerät	Gering	Hoch	++ Guter Einstieg und Motivation für Ergonomie / Bewegung am BAP

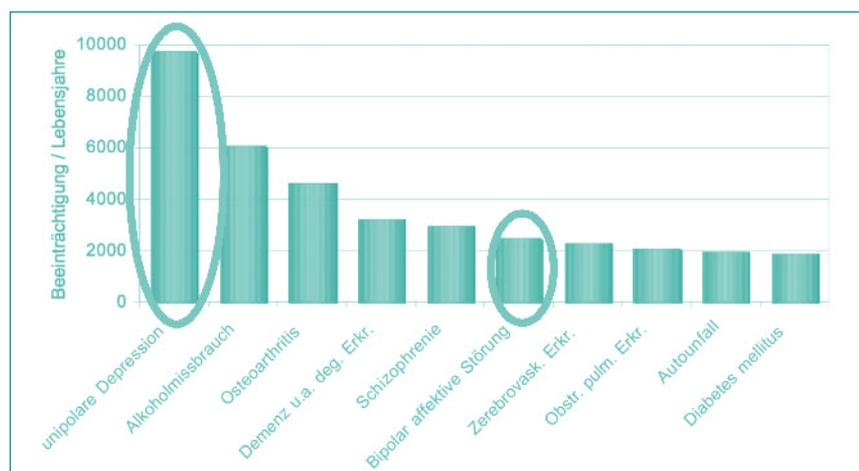
Was ist eine bipolare Störung?

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



Symptome und Therapie einer depressiven Störung sind derzeit im ärztlichen Handeln ständig präsent. Kaum ein Monat vergeht, in dem nicht auf die gesundheitsökonomischen Auswirkungen durch Depressionen in der Fachpresse hingewiesen wird. Erkrankt ein bekannter Sportler oder ein Schauspieler an Depressionen, ist auch die Laienpresse ein Multiplikator in der Information der Allgemeinbevölkerung.

In Heft 09/2009 haben Sie sich bereits mit unipolaren Depressionen beschäftigt. Zur Erinnerung noch einmal die Abbildung aus dem mental Health Survey der WHO zur Anzahl der mit Behinderung gelebten Lebensjahre bei Depression und bipolarer Störung:



Sowohl unipolare Depressionen als auch bipolare Störungen gehören beide zu den affektiven Störungen nach ICD 10 Kapitel F 3. Die unipolare Depression ist ca 3mal häufiger als eine bipolare Störung, die letztere verläuft in der Regel jedoch „maligner“ und nimmt in der Auflistung der Anzahl der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre den 6. Platz ein.

Treten außer depressiven Episoden hypomane Nachschwankungen auf, spricht man von einer Bipolar-II-Störung. Treten sowohl depressive als auch manische Phasen auf, handelt es sich um eine Bipolar-I-Störung. Meist sind die depressiven Episoden im Rahmen der bipolaren Störung sehr viel häufiger, es kommen aber auch unipolare Manien vor.

Wie erkennt man eine bipolare Störung?

Hypomanien sind auch von erfahrenen Ärzten nicht immer leicht zu diagnostizieren. Man muss dezidiert danach fragen. Oft gibt erst die Fremdanamnese

Aufschluss. Nur ein geringer Teil aller bipolar Erkrankten wird derzeit korrekt diagnostiziert. Dabei ist die korrekte Diagnose unabdingbar, da eine reine Depressionsbehandlung unter Nichterkennen der bipolaren Störung manische Episoden triggern kann. Zusätzlich wird die Diagnose oft erschwert, da in bis zu 30 % der Fälle ein Mischzustand vorliegen kann. Lediglich

knapp die Hälfte aller Manien ist entgegen weitverbreiteter Ansicht und Darstellung durch Euphorie („himmelhoch-jauchzend“) gekennzeichnet. Oft gehen gleichzeitig depressive Symptome mit einher. Wenn diese Mischsymptomatik nicht als solche erkannt wird, kommt es schnell zu Fehldiagnosen. Weiterhin kommt es in der Manie oft auch zu exzessivem Alkohol- oder Drogenkonsum, sodass eine bipolare Störung vorschnell als Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eingeordnet wird.

Psychotische Symptome, die bei schweren Manien auf deren Höhepunkt vorkommen können, führen oft zur Fehldiagnose einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Sexuell promiskuitives Verhalten wird auch häufig nicht mit einer manischen Episode in Verbindung gebracht.

ICD-Kriterien für die hypomanische Episode

A. Eine mindestens vier Tage andauernde, ausgeprägte Periode ständig gehobener, überschwänglicher oder gereizter Stimmung, die eindeutig verschieden von der üblichen nicht-depressiven Stimmung ist.

B. Während der Phase der Stimmungsstörung sind drei (oder mehr) der folgenden Symptome (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) bis zu einem gewissen Grad ständig vorhanden:

1. Überhöhtes Selbstwertgefühl oder Größenwahn.
2. Vermindertes Schlafbedürfnis (z. B. fühlt sich erholt nach 3 Stunden Schlaf).
3. Gesprächiger als üblich oder Rededrang.

- 4. Ideenflucht oder subjektive Erfahrung des Gedankenrasens.
 - 5. Zerstreutheit
 - 6. Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (entweder sozial, beruflich oder in der Schule oder sexuelle oder psychomotorische Unruhe).
 - 7. Übertriebenes Engagement bei Vergnügungen, die in einem hohen Maße schmerzhaft Konsequenzen nach sich ziehen (z. B. hemmungsloser Kaufrausch, sexuelle Indiskretionen oder leichtsinnige geschäftliche Investitionen).
- C. Die Episode wird begleitet von Veränderungen der Leistungsfähigkeit oder des Verhaltens, die für die Person in symptomfreien Phasen uncharakteristisch ist.
- D. Die Stimmungsstörung und der Wechsel des Auftretens werden durch Andere beobachtet.
- E. Die Episode ist nicht schwer genug, um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Aufgabebereichen zu verursachen oder einen Krankenhausaufenthalt zu erfordern, und es gibt keine psychotischen Merkmale.
- F. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.

Anmerkung: Hypomaniegleiche Episoden, die eindeutig durch somatische antidepressive Behandlung verursacht sind (Medikamente, Elektroschocktherapie, Lichttherapie), sollten nicht einer Diagnose: „Bipolare II Störung“ zugeordnet werden.

ICD-Kriterien für eine manische Episode

- A. Eine ausgeprägte Periode abnormer und ständiger gehobener, überschwänglicher oder gereizter Stimmung, die über 1 Woche dauert.
- B. Während der Periode der Stimmungsstörung halten drei (oder mehr) der folgenden Symptome bis zu einem

- bedeutsamen Grad beharrlich an (mindestens vier, falls die Stimmung nur gereizt ist):
 - 1. Übertriebenes Selbstbewusstsein oder Größenwahn.
 - 2. Verringertes Schlafbedürfnis (z. B. fühlt sich erholt nach nur 3 Stunden Schlaf).
 - 3. Gesprächiger als üblich oder Drang, zu reden.
 - 4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl, dass die Gedanken rasen.
 - 5. Zerstreutheit (Aufmerksamkeit wird zu leicht zu unwichtigen oder belanglosen externen Reizen gezogen).
 - 6. Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (entweder sozial, am Arbeitsplatz oder in der Schule oder sexuell) oder psychomotorische Unruhe.
 - 7. Exzessive Beschäftigung mit angenehmen Tätigkeiten, die höchstwahrscheinlich negative Folgen haben (z. B. ungehemmter Kaufrausch, sexuelle Taktlosigkeiten, oder potentiell ruinöse geschäftliche Investitionen).
- C. Die Symptome werden nicht besser durch die Kriterien der Gemischten Episode beschrieben.
- D. Die Stimmungsstörung ist hinlänglich schwer, um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in beruflichen Aufgabengebieten oder unübliche soziale Aktivitäten

Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.

ICD-Kriterien für eine gemischte Phase

- A. Für mindestens eine Woche werden fast jeden Tag sowohl die Kriterien für eine Manische Phase als auch für eine Depressive Phase erfüllt (abgesehen vom Kriterium der Dauer).
 - B. Die Störung der Stimmung ist schwer genug um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in beruflichen Aufgabengebieten oder unübliche soziale Aktivitäten oder Beziehungen mit anderen zu bewirken oder sie erfordern einen Krankenhausaufenthalt, um Selbst- oder Fremdschädigung zu verhindern, oder es gibt andere psychotische Merkmale.
 - C. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.
- Tabelle 1 zeigt weitere Unterscheidungsmerkmale der unipolaren Depression sowie der Bipolaren Störung:

Psychotherapie-Verfahren bzw. -Methoden	Unipolare Depression	Bipolare Störung
Geschlechterverteilung	m : w = 1 : 3	m : w = 1 : 1
Erkrankungsgipfel	Mitte 3. Lebensdekade	Mitte 2. Lebensdekade
Prävalenz	– 15 %	BP-II 5 %, BP-I 1,5 %
Onset-Offset	Meist schleichend	Meist abrupte Phasenwechsel
Mortalität durch Suizid	15 %	15–30 %

- oder Beziehungen mit anderen zu bewirken oder sie erfordern einen Krankenhausaufenthalt, um Selbst- oder Fremdschädigung zu verhindern, oder es gibt andere psychotische Merkmale.
- E. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer

An der Bipolaren Störung erkranken Männer und Frauen etwa gleich häufig, während bei der unipolaren Depression Frauen bis zu dreimal so häufig als Männer erkranken. Die Bipolare Störung beginnt früher, oft schon im Jugendalter und hat einen Erkrankungs-

kungsgipfel um das 25. Lebensjahr, die unipolare Depression hat ihren Erkrankungsgipfel Mitte 30. Unipolare Depressionen treten in etwa dreimal häufiger auf als Bipolare Störungen. Die Bipolare Störung verläuft jedoch „böser“, die Mortalität durch Suizid ist bis zu doppelt so hoch wie bei der unipolaren Depression. Besonders fatal ist hier der Phasenwechsel von Manie zur Depression, hier ist typischerweise die Suizidalität am höchsten. Ein weiterer Hinweis, dass eine Bipolare Störung vorliegt, liegt in der Tatsache dass die Episoden sehr kurzfristig beginnen oder enden können, manchmal über Nacht.

Als Ursache werden bei der Bipolaren Störung genetische Faktoren eher angenommen als bei der Unipolaren Depression, wo häufig ein multifaktorielles Geschehen vorliegt.

Eine besonders schwierig zu behandelnde Gruppe von Erkrankten sind die sogenannten „Rapid Cyler“, die mindestens 4 Phasenwechsel pro Jahr aufweisen.

Wie erkenne ich als Arbeitsmediziner eine bipolare Störung?

Für Sie als Arbeitsmediziner ist es schwierig, eine bipolare Störung de novo zu erkennen, die Wahrscheinlichkeit steigt aber mit der Zeitdauer der Beschäftigung und je länger der Beobachtungszeitraum ist. In einer Querschnittsuntersuchung fällt es oft auch erfahrenen Psychiatern schwer, die Diagnose zu stellen. Die bipolare Störung ist in der Regel eine Längsschnitt-Diagnose, da oft erst im Verlauf von Jahren das charakteristische Muster erkennbar ist.

Wenn bei einem Beschäftigten eine Depression bereits bekannt ist, lohnt es sich, nach Bipolaren Störungen in der Familie, dem Ersterkrankungsalter, der Phasen-Wechsel-Dynamik sowie explizit nach hypomanen Schwankungen zu fragen. Letztere können manchmal auch nur wenige Tage anhalten. Werden alle diese Fragen positiv im Sinne der Symptome nach Tabelle 1

beantwortet, erhärtet sich der Verdacht auf eine Bipolare Störung.

Ist die Erkrankung sehr stark ausgeprägt und es kommt zu häufigen eindeutig depressiven und eindeutig manischen Episoden, ist die Diagnose natürlich einfacher zu stellen. Meist sind diese Betroffenen aber in dieser Phase der Erkrankung nicht arbeitsfähig.

Therapie

Die Therapie der Bipolaren Störung unterscheidet sich grundsätzlich von der Behandlung der depressiven Episode. Neben der Akuttherapie der Depression oder der Manie kommt der Erhaltungstherapie, das heißt der Stimmungsstabilisierung ganz entscheidende Bedeutung zu. Antidepressiva bergen ein unterschiedliches Risiko, einen Switch in die Manie auszulösen. Die „klassischen“ trizyklischen Antidepressiva wie Imipramin, Amitriptylin oder Doxepin sind hier an erster Stelle zu nennen, gefolgt von das Nor-

adrenalin-System stützenden Antidepressiva. Die Serotoninwiederaufnahmemehmer scheinen das geringste Risiko zu bergen, wobei die Wirkstoffe Citalopram und Sertralin durch die geringe Antriebssteigerung hier das günstigste Profil zu haben scheinen.

Selbstverständlich müssen Antidepressiva bei einer akuten schweren depressiven Episode bei einer bipolaren Störung eingesetzt werden, das Medikamentenregime braucht jedoch ein besonders sensibles Monitoring und eine oft sehr flexible Umstellungspraxis.

Die Therapie der akuten Manie erfolgt klassischerweise durch hochpotente Neuroleptika und kann auch durch das antimanisch wirksame Lithium ergänzt werden.

Tabelle 2 listet die derzeit zur Verfügung stehenden Stimmungsstabilisatoren auf. Bei allen diesen Substanzen sind eine vorherige internistische Untersuchung (Leber-,Nieren-Schilddrüsenwerte, EKG) sowie regelmäßige Spiegelkontrollen unerlässlich.

Substanz	Präparate	Besonderheiten
Lithiumsalz	Hypnorex, Quilonum	Enges therapeutisches Fenster, beste bekannte Suizidprophylaxe (Suizidrate geht unter Lithium-Behandlung gegen Null) KI: Schilddrüsenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, NW: Gewichtszunahme, Polydipsie, Polyurie
Lamotrigin	Lamictal, Elmendos, Lamotrigin-Generika	Antikonvulsivum Sehr langsames Eindosieren nötig (25 mg/Woche) Allerg. Hautreaktionen möglich Bei Frauen im gebärfähigen Alter Mittel der Wahl
Carbamazepin	Tegretal, Timonil, Carbamazepin-Generika	Antikonvulsivum Sehr langsames Eindosieren nötig Enzyminduktor, Cave bei internistischer oder gynäkologischer (Pille) Komedikation
Valproat	Ergenyl Valproat-Generika	Antikonvulsivum Bei Frauen im gebärfähigen Alter obsolet

Tipps für die Wiedereingliederung

Als Arbeitsmediziner kommt Ihnen nicht zuletzt die Funktion des Unterstützers der fachärztlichen Behandlung zu. Es ist wichtig, die Compliance und die Phasenprophylaxe zu fördern, aber auch Vorboten-Symptome evtl zu kennen. Arbeiten weitere Angehörige des Patienten im Betrieb, lohnt sich oft auch ein gemeinsames Gespräch, um sich einen Überblick über die sozialen Bezüge und das Unterstützer-Netzwerk des Beschäftigten zu verschaffen.

Ist die Stimmung ggf nach einem stationären Aufenthalt bereits längere Zeit ausgeglichen, muss nicht in jedem Fall eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen.

Auch wenn die Phasenprophylaxe mit Antikonvulsiva erfolgt, handelt es sich bei dem Beschäftigten nicht um einen „Anfallspatienten“. Die Schutzmassnahmen, wie sie für Epilepsie-Kranke gelten, sind bei bipolaren Patienten nicht anzuwenden. In der Regel sind unter der stabilen Behandlung Aufmerksam-

keit, Konzentration und Vigilanz nicht eingeschränkt.

Dem Beschäftigten sollte ggf die Beantragung eines Grades der Behinderung empfohlen werden. (Gilt bei allen rezidivierenden oder chronischen psychischen Erkrankungen). □

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

Psychische Leiden nehmen zu

Die Zeiten extrem geringer Krankenstände sind vorüber: Seit 2007 steigen die krankheitsbedingten Fehlzeiten leicht, aber kontinuierlich an. Darunter sind immer häufiger psychisch verursachte Krankheitstage.

Von Januar bis Oktober 2009 lag der Krankenstand bei 4,0 %, im gleichen Vorjahreszeitraum waren es 3,8 % (2007: 3,7 %). Die gravierendsten Steigerungsraten weisen nach wie vor psychische Erkrankungen auf.

Im gesamten Jahr 2008 fehlten die Arbeitnehmer krankheitsbedingt an 13,4 Tagen, zuletzt lagen vor sechs Jahren die Fehltagelagen auf diesem Wert, während 2006 mit 12,4 Tagen die geringsten Krankentage seit 30 Jahren gemeldet wurden. Krankheiten, die bis zu drei Tagen dauern, machen 36 % aller Krankschreibungen aus.

Häufigste Krankheitsursachen

Auf Muskel- und Skeletterkrankungen gehen mit 26 % die meisten Krankentage zurück, gefolgt von Atemwegserkrankungen mit 16 %. An dritter Stelle folgen Verletzungen (14 %), deren Anteil gegenüber den Vorjahren abnahm, was auf den Rückgang besonders gefährdender gewerblicher

Tätigkeiten zurückzuführen ist. Aktuell sind psychische Erkrankungen mit 10 % aller Krankentage die viert wichtigste Krankheitsgruppe; vor rund 30 Jahren tauchten sie in den Gesundheitsstatistiken kaum auf (1976: 2 %).

Die höchsten Steigerungsraten bei psychischen Krankheiten weisen Arbeitslose auf. In den letzten vier Jahren verdoppelten sich ihre psychisch verursachten Krankheitstage. Bei den weiblichen Beschäftigten haben überdurchschnittlich häufig Telefonistinnen, Krankenpflegerinnen und Sozialarbeiterinnen seelische Leiden; bei den Männern sind vor allem Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Schienenfahrzeugführer wie auch Krankenpfleger betroffen.

Häufigste psychische Erkrankungen sind Angststörungen und Depressionen: Bei rund 20 % aller weiblichen und jedem zehnten männlichen Versicherten über 50 wurden Depressionen diagnostiziert. Die Zunahme dieser Erkrankungen liegt auch an verstärkter Diagnostik und Dokumentation durch die behandelnden Ärzte. Auch rücken „neuere“ Erkrankungen wie das Burnout-Syndrom in den Vordergrund. □

Quelle: BKK



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



Regionalforum Arbeitsmedizin 2010 in Hannover

Am 19. und 20. Februar 2010 findet wieder das Regionalforum Arbeitsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover statt. Hierzu möchten wir Sie ganz herzlich einladen.

Diese Fortbildung wird gemeinsam als regionale Veranstaltung vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) organisiert - ein Konzept, das sich erfolgreich durchgesetzt hat.

Die Referenten werden über aktuelle Themen sprechen und Fragestellungen aus der direkten praktischen Tätigkeit aufgreifen und gemeinsam mit Ihnen diskutieren. Mit der Vielfalt der Themen kommen Referenten aus unterschiedlichen arbeitsmedizinischen Einrichtungen zu Wort.

Im Programm vorgesehen sind Vorträge zu:

- Erfahrungen aus dem Pandemieverlauf
- Impfungen – wie geht es weiter?
- Hauptschutz – sind die bisherigen Konzepte noch aktuell?
- Hautresorption von Gefahrstoffen
- Das Carpal tunnel syndrome als Berufskrankheit
- Die Auswirkungen der Nanotechnologie
- Gesundheitsgefahren durch Laserdrucker
- JobReha – Frührehabilitation durch den Betriebsarzt
- Rehabilitation durch Betriebsärzte – Der Vertrag zwischen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und dem VDBW Landesverband Niedersachsen
- Depression und Arbeitswelt
- Urologie und Arbeitsmedizin – Stellenwert der PSA-Bestimmung

- Fragen aus der Rechtsmedizin
- Arbeitsunfähigkeit in der Sozialversicherung
- Fehlzeitenmanagement im Betrieb

Veranstaltungsort

Medizinische Hochschule Hannover, Vorklinisches Lehrgebäude, Hörsaal D Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Freitag, 19. Februar 2010:

13:00 Uhr
Eröffnung der Fachausstellung
13:30 Uhr Begrüßung
Prof. Dr. med. Wrbitzky,
Dr. med. Gerecke
13:45 bis 18:00 Uhr Vorträge
19:30 Uhr
zwangloses Treffen der Teilnehmer

Samstag, 20. Februar 2010:

09:00 bis 14:00 Uhr Vorträge

Wissenschaftliche Leitung

- **Prof. Dr. med. Renate Wrbitzky**, Direktorin Abt. Arbeitsmedizin an der MHH
- **Dr. med. Uwe Gerecke**, VDBW Präsidiumsmitglied und Leiter des Landesverband Niedersachsen

Zertifizierung

Bei der Landesärztekammer Niedersachsen sind Fortbildungspunkte beantragt. Für zertifizierte Disability Manager sind bei der DGUV Weiterbildungsstunden für den Erhalt der Zertifizierung beantragt.

Teilnehmergebühren

1 Tag
85,00 EUR für Mitglieder VDBW
110,00 EUR für Nichtmitglieder
2 Tage
120,00 EUR für Mitglieder VDBW
150,00 EUR für Nichtmitglieder

Übernachtung

Für Ihre Übernachtung in Hannover können Sie Ihr Zimmer direkt bei unserem Kooperationspartner HRS (Hotel Reservation Service) buchen. Bitte benutzen Sie hierfür den Link auf unserer Homepage www.vdbw.de.

Anmelde- und Stornobedingungen

Schriftliche Anmeldungen können wir bis 12.02.2010 in unserer Geschäftsstelle in Karlsruhe entgegennehmen; kurzfristige Anmeldungen sind jederzeit direkt vor Ort möglich. Teilnahmebestätigungen erhalten Sie vor Ort. Stornierungen sind in Schriftform an die Geschäftsstelle zu richten. Bei einer Abmeldung bis zum 05.02.2010 wird eine Stornogebühr von 25,00 Euro berechnet; bei einer späteren Abmeldung, bei Nichterscheinen zur Veranstaltung oder vorzeitigem Beenden der Teilnahme ist der volle Rechnungsbetrag zu zahlen. Sie erhalten eine schriftliche Anmeldebestätigung sowie eine Rechnung. Bitte überweisen Sie die Teilnehmergebühren erst nach Erhalt dieser Rechnung.

VDBW

Verband Deutscher
Betriebs- und Werksärzte e.V.

Berufsverband
Deutscher Arbeitsmediziner

VDBW e. V.
Friedrich-Eberle-Straße 4 a
76227 Karlsruhe
Telefon: 07 21-9 33 81 80
Fax: 07 21-93 38 18-8
E-Mail: info@vdbw.de

docs@work:

Junge Ärzte für die Arbeitsmedizin begeistert



Kontakt

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

Demografischer Wandel hautnah:

Fast die Hälfte der deutschen Arbeitsmediziner sind 60 Jahre alt und älter. Immer öfter können ausgeschriebene Stellen nicht besetzt werden, in manchen Bereichen findet eine qualifizierte betriebsärztliche Betreuung nicht mehr statt. Im ganzen Land drohen Versorgungslücken, die so gravierend sind, dass einfache Maßnahmen der Nachwuchsgewinnung nicht mehr ausreichen.

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) hat daraus Konsequenzen gezogen. Mit docs@work hat er eine innovative Aktion ins Leben gerufen, die weit über arbeitsmedizinisch interessierte Kreise hinaus Beachtung gefunden hat. Denn nicht nur die Arbeitsmedizin hat Nachwuchssorgen, auch andere medizinische Fachrichtungen beklagen, dass junge Ärztinnen und Ärzte dem deutschen Arbeitsmarkt und Gesundheitswesen den Rücken kehren. So mutig wie der VDBW war aber noch kein Berufsverband.

„Wir haben bewusst einen zeitgemäßen und öffentlichkeitswirksamen Weg gewählt, um junge Ärzte auf den Beruf des Betriebs- und Werksarztes aufmerksam zu machen. Das garantiert die Aufmerksamkeit, die diesen spannenden ärztlichen Aufgaben gebührt“, betont Dr. Wolfgang Panter, Präsident des Verbandes.

Das auffällige Logo, das an eine TV-Serie erinnert, der Titel der Aktion „docs@work“, die Bewerbungsaufrufe und die Vorberichterstattung in den Fachmedien produzierten eine hohe Erwartungshaltung. Dabei ging es dem Verband nicht nur um die Gewinnung von begeisterungsfähigen Nachwuchskräften, sondern auch um eine Verbes-

serung des Images des Faches, mit dem manche Außenstehende immer noch Eintönigkeit, Unselbstständigkeit und schlechtes Einkommen verbinden.

Vom 15. Juli 2009 an konnten sich junge Mediziner für docs@work bewerben. „Zeigen Sie, ob Sie den großen Herausforderungen der modernen Arbeitsmedizin gewachsen sind und gewinnen Sie den docs@work-Award 2009!“, hieß es in den Ausschreibungsunterlagen.



Unter allen Bewerbern wurden acht junge Ärztinnen und Ärzte ausgewählt. Am 7. und 8. Oktober 2009 mussten sie unter den Augen einer fachkundigen Jury unter Realbedingungen im Raum Hamburg beweisen, dass sie das Zeug zum Betriebsarzt haben.

Neben ihrer fachlichen Kompetenz und ihren Kenntnissen aus Kliniken oder Arztpraxen brachten sie – alle um die 30 Jahre alt – vor allem Offenheit und Bereitschaft für eine neue Erfahrung mit – und drei Tage Zeit dafür.

In vier interessanten Betrieben erwarteten sie spannende Testaufgaben unter unterschiedlichsten Arbeitsbedingungen: in der Reinraumfertigung eines Pharmaunternehmens, bei Schiffsbefestigern am Nord-Ostseekanal, Flugmechanikern bei Airbus Deutschland sowie Kameralen und Redakteuren der Tagesschau.

Nach eindrucksvollen Begehungen und Begegnungen in den Betrieben mussten die Bewerber schwierige Fragen beantworten, auf deren Grundlage die hochkarätig mit erfahrenen Arbeitsmedizinern besetzte Jury lange und intensiv beraten musste, bevor die Sieger des docs@work-Awards 2009 feststanden: Dr. med. Janina Bogdanski (Hilden), Assistenzärztin in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Solingen, und Dr. med. Thomas Kötter (Lübeck), der zum Zeitpunkt des Wettbewerbs sein Masterstudium Public Health mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention beendete.

Beindruckend, dass das Siegerpaar den ausgelobten Preis nicht für sich allein beanspruchte: Vielmehr betonten alle acht Teilnehmer in einem Dankesbrief an den VDBW, wie begeistert sie von der Aktion waren. Und dass sie sich wünschen, dass der angekündigte Gewinn – ein „Freifahrtschein“ für sämtliche hochkarätige Fortbildungsangebote des Verbandes – auf sie alle aufgeteilt wird. Verbandspräsident Dr. Panter und die Jury entschieden daraufhin: Jeder der engagierten Kandidaten darf ein VDBW-Seminar besuchen und ist außerdem zur Arbeitsmedizinischen Herbsttagung 2010 eingeladen.

Im Rahmen der 25. Herbsttagung des gerade 60 Jahre alt gewordenen VDBW wurden die Preise feierlich und unter großer öffentlicher Anteilnahme vergeben.

Die Teilnehmer zeigten sich bei der Talkrunde auf der Bühne der Lübecker Musik- und Kongresshalle wie bei den

anschließenden Foto- und Presseterminen gewandt und begeistert.

Und auch die den Wettbewerb begleitende Studie des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung belegte: Während die Bewerber die Arbeitsmedizin vor dem Besuch der Unternehmen noch als „eher attraktiv“, aber weder „statisch“ und „entgegenkommend“ noch „dynamisch“ und „distanziert“ durchschnittlich bewertet hatten, positionierten sie sich nach Wettbewerbsschluss deutlicher: Sie interpretierten das Fach nun als „attraktiv“, „eher dynamisch“ und „eher entgegenkommend“.

„Der Funke ist übergesprungen!“, beschrieben Teilnehmer wie Jury übereinstimmend die Stimmung am Ende des Wettbewerbs.

Und die Sieger?

Janina Bogdanski sieht „die Arbeitsmedizin nach dieser Aktion als echte Alternative. Ich bin vom Tätigkeitsbild positiv überrascht. Unsere aktuellen Eindrücke haben mit dem, was während des Studiums peripher zum Thema Arbeitsmedizin behandelt wird, wenig zu tun. Es ist tatsächlich ein richtig spannender Job.“

Und Thomas Kötter ergänzt: „Durch die Aktion wurde uns eine Tür geöffnet. Die Arbeitsmedizin ist eine absolut realistische Berufsperspektive, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass zahlreiche Kollegen – darunter auch viele docs@work-Teilnehmer – als approbierte Mediziner in Klinik oder Niederlassung unter schwierigen Arbeitsbedingungen leiden. Wir haben in diesen zwei Tagen gelernt, dass das Berufsbild attraktiv ist – und Betriebsärzte sich darum kümmern, dass gesunde Menschen gar nicht erst krank werden.“

Zur Gewinnung von qualifiziertem und motiviertem arbeitsmedizinischem Nachwuchs reichen die konventionellen Methoden nicht mehr aus. Docs@work hat neue Wege gezeigt – mutig, innovativ und erfolgreich. □

Dr. med. Michael Vollmer

Buchbesprechung

Ulrike Hein-Rusinek, 181: Gesund im Job bis zur Rente. Handlungsfelder aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte und Betriebsärzte mit Praxisbeispielen, Düsseldorf 2009 (Hans-Böckler-Stiftung, Gesundheit und Qualität der Arbeit, Arbeitspapier 181) Download unter: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_181.pdf

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes der Sana-Kliniken Düsseldorf, bietet einen guten Überblick über die komplexe Tätigkeit des modernen Betriebsärztlichen Dienstes, verbunden mit einführenden Erläuterungen der gängigen sowie der neuesten betrieblichen und gesetzlichen Grundlagen, Stand August 2009.

Ziel des Buches ist es durch engere Kooperation und Verzahnung der betriebsärztlichen Dienste mit den betrieblichen Interessenvertretungen bislang zu wenig genutzte Potenziale zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und zur Prävention im Betrieb zu erschließen.

Das mit 72 Seiten nicht zu lang geratene Arbeitspapier, bis dato nur im Internet präsent, bringt keine abstrakten Beschreibungen, sondern vermittelt die häufig abstrakt gehaltenen Vorschriften anhand von Beispielen aus der Praxis. Diese Beispiele bilden das zentrale Element der Darstellung von Ulrike Hein-Rusinek. Es handelt sich dabei nicht um Fallschilderungen, in denen sich Betroffene etwa wieder erkennen könnten, sondern um Montagen aus einer großen Zahl von Fällen: Eine unter Allergien leidende Mitarbeiterin der Bäderabteilung, ein an Neurodermitis erkrankter Intensivpfleger, Beispiele von Stress, aggressiven Patientenübergriffen auf das medizinische Personal, die Situation älterer Beschäftigter.

Von zentraler Bedeutung ist der dreifache Präventionsbegriff: Primärprävention als Vorbeugung, Sekundärprä-

vention als Früherkennung, Tertiärprävention als Umgang mit den kranken Beschäftigten auf dem Weg zu ihrer Gesundheit.

Das alles wird am konkreten Menschen erläutert – so in den Einzelfällen „Jan“, „Monika“, „Ingo“, „Frau Larsen“, „Frau Becker“, „Michael“ und „Frau Schmitt“. Schauen wir uns dieses Vorgehen an einem Fall von Mobbing an. Darunter leidet „Frau Schmitt“ (Abschnitt 5.2.3, „Tertiäre Prävention – Ein Fall von Mobbing?“). Sie kam regelmäßig zur betriebsärztlichen Untersuchung und Versorgung, wozu sie auch ihre Mitarbeiter aufgefordert hatte, aber dann erscheint diese aus der Optik des Betriebsärztlichen Dienstes ideale Beschäftigte über längere Zeit nicht mehr. Als sie nach längerer Zeit einen Termin ausgemacht hat, vermittelt sie einen erschreckend desolaten Eindruck. Sie scheint aufgelöst, psychisch dekompenziert, berichtet über Magen- und Schlafstörungen sowie Wirbelsäulenbeschwerden. Sie ist jetzt häufig arbeitsunfähig, und manchmal überkommen sie sogar Selbstmordgedanken. Zunächst will „Frau Schmitt“ über die Situation an ihrem Arbeitsplatz nicht sprechen. Erst allmählich erfahren wir, dass sie von ständig wechselnden Vorgesetzten schikaniert und einander widersprechende Arbeitsaufträge erhalten hatte; Absprachen wurden nicht eingehalten, Informationen vorenthalten, unter den Kollegen machte man sie schlecht. Klassisches Mobbing-Folge: schwere Depression.

Der geschilderte Fall gibt der Autorin zunächst Gelegenheit zu beschreiben, was unter Mobbing zu verstehen ist und



diesen Begriff etwa vom simplen „Klatsch“ abzugrenzen. Nicht jeder Betriebsklatsch sei gleich Mobbing, schreibt Ulrike Hein-Rusinek, und oftmals erscheine es bequemer, statt selbstkritisch mit Fehlern umzugehen, sie als Ergebnis von „Mobbing“ hinzustellen.

Aber, so ergibt die Differentialdiagnose, von solch unechtem Mobbing könne im Falle von „Frau Schmitt“ nicht die Rede sein. Ihre Leiden seien Endpunkt einer langen negativen Entwicklung, ihre Erkrankung müsse nachhaltig überwunden und Rückfällen vorgebeugt werden. „Das sind die Ziele der Tertiären Prävention.“ (S. 51) Wie ist „Frau Schmitt“ zu helfen? Zunächst weist die Autorin auf die Betriebsvereinbarung „Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz“ hin. Zur medizinischen Rehabilitation zählte der Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik, zu dem die Patientin nach einigem Zögern bereit war; die nächsten Schritte seien die stufenweise Wiedereingliederung und die *berufliche* Rehabilitation. Diese geschieht auf Basis des „Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements“ (BEM). Daran sein selbstverständlich nicht allein der Betriebsärztliche Dienst und die Patientin beteiligt, sondern ein Betriebsratsmitglied, ein Vertreter des Arbeitgebers, etwa der Personalleiter, gegebenenfalls die Vorgesetzte sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit; auch externe Experten könnten hinzugezogen werden. Diese Personen bilden das „BEM-Team“.

Die Bedeutung von „BEM“ wird also anhand einer leidenden Beschäftigten erläutert, die Situation des Personals nicht von der „Vorschrift“ her, sondern die „Vorschrift“ von der Situation des Personals her. In derselben Weise verfährt die Autorin Ulrike Hein-Rusinek, wenn sie aus dem Fallbeispiel einer schwangeren Mitarbeiterin die Mutter-schutzrichtlinienverordnung, die Strahlenschutz-, Gefahrstoff-, Arbeitsstätten- und die Gentechnik-Sicherheitsverordnung ableitet und erläutert.

Jedes mal wird die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit von Betriebs- und Personalrat, Mitarbeiter- und

Arbeitgebervertretung unterstrichen. Deren Zusammenarbeit komme nicht nur Kontrollfunktion, sondern auch Initiativpflicht zu. Im Ergebnis können betriebliche Vereinbarungen initiiert und auch abgeschlossen werden. Der Betriebsärztliche Dienst kann mit seinen sozialen und medizinischen Kompetenzen und Erfahrungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite vermitteln und als Impulsgeber einer ganzheitlichen Prävention auftreten. Natürlich werden die Beschäftigten selbst ebenfalls zu aktivem Handeln aufgefordert. Sie sind die Akteure ihrer Gesunderhaltung.

Wird in der Arbeit der Betriebsärztliche Dienst eines Krankenhausunternehmens geschildert, der über den Betrieb eines Krankenhauses hinaus keine Bedeutung hat? Die Autorin verneint das. Die vorgestellten Fälle würden in den meisten Betrieben existieren, in Produktionsbetrieben, Stadtwerken, Forschungszentren, Verwaltungen und Dienstleistungsbetrieben; der komplexe Betrieb Krankenhaus mit Ärzten, Schwestern, Pflegern, Verwaltung, mit Handwerkern, Gärtnern und Pförtnern sei „formatiert“ wie andere komplexe Betriebe auch.

Ulrike Hein-Rusineks Broschüre will Handlungsanleitung und aufgrund der praktischen Beispiele auch Handwerkskasten für die betriebsmedizinische Praxis sein. Zentral sind die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“. Ziel der Autorin ist eine Modernisierung des Betriebsärztlichen Dienstes. Diese Modernisierung ist notwendig aufgrund der erweiterten Anforderungen an diesen Dienst, und das vor allem wegen der „67er“. „Wir kennen die ‚68er‘“, schreibt die Autorin, „Aber wer sind die ‚67er‘?“ Das seien Menschen in Betrieben, so antwortet sie, die nicht mehr mit 55 in Früh-, sondern mit 67 in Spätrente gehen sollen. Demographische Entwicklung und „67er“ verlangten die Planung „alternsgerechter Arbeitsplätze“. Der Betriebsarzt sei nicht mehr nur „Onkel Doktor“ – oder „Tante“ – er müsse kooperieren, mit den Vorschriften auf betrieblicher,

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

nationaler und zunehmend auf europäischer Ebene operieren, er müsse mehr als bisher und vor dem Hintergrund der „67er“ Gesundheitsdidaktiker sein.

Man wünscht diesem kleinen Buch weite Verbreitung, speziell auch unter arbeitsmedizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen. Auch Betriebsräten und Personalverantwortlichen ist das Buch weiterzuempfehlen, um unsere moderne betriebsärztliche Sichtweise vermitteln zu können.

Bezogen werden kann es als Internet Download von der Seite der Hans-Böckler-Stiftung: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_181.pdf □

Dr. med. Monika Stichert