

## Editorial

BEM ohne Betriebsärzte:

# Zeichen der Zeit nicht erkannt

Verwundert reibt man sich die Augen bei der Lektüre von Schriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM).

In aller Ausführlichkeit werden in der Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung „DGUV Forum 3/2010“ der Weg von der Arbeitsunfähigkeit zur Beschäftigungsfähigkeit „in Zeiten des demografischen Wandels“ beschrieben, die diesbezüglichen Aktivitäten der Unfallversicherungsträger sowie Erfahrungen unterschiedlicher Unternehmen im Bereich BEM bilanziert. Auch die Schrift der BAR zum BEM vom September 2009 benennt den Ablauf eines BEM und eine Vielzahl von möglichen Dienstleistern (Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer Gemeinsamen Servicestellen, Integrationsämter), die als kompetente Partner mit ihren Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. Die Unternehmen werden aufgefordert: „Nutzen Sie diese kostenlosen Angebote!“

Sicher werden Sie annehmen, dass in diesem Zusammenhang die Betriebsärzte von DGUV und BAR selbstverständlich erwähnt und ihre Rolle erläutert wird.

So wenig wie ich werden Sie glauben können, dass genau dies nur mit einem einzigen Wort geschieht. Lapidar zitiert das DGUV-Forum den Satz aus § 84 SGB IX, der gesetzlichen Grundlage des BEM: „Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen.“ Mehr nicht. Kein weiteres Wort, geschweige denn eine ausführlichere Darstellung betriebsärztlicher Beteiligung an dem Prozess.

Dabei liegt nun wirklich nichts näher als dem Betriebsarzt die zentrale Rolle im BEM zuzuweisen. Eingliederungsmanagement gehört, seit 1973 im Arbeitssicherheitsgesetz fixiert, zu seinen selbstverständlichen Aufgaben. Er ist ohnehin im Unternehmen präsent und muss nicht wie externe Unterstützer mit den betrieblichen Gepflogenheiten und Bedingungen erst vertraut gemacht werden. Er kennt die betrieblichen Akteure und arbeitet mit ihnen - Geschäftsführung, Personalleitung, Mitarbeiter- und Schwerbehindertertenvertretung - auf vielen Feldern zusammen. Vor allem kennt er die Beschäftigten durch Arbeitsplatzbegehungen, Be-

ratungen und Untersuchungen. Er weiß, wo verhaltens- und verhältnispräventiv sowie rehabilitativ Handlungsbedarf besteht, um Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Gerade beim BEM gibt es keinen anderen, der sich kompetenter und wirksamer einsetzen könnte als der Betriebsarzt. In ihm vereinigen sich all jene Eigenschaften, über die andere Akteure jeweils nur partiell verfügen. Er ist nah dran. Ihm als Arzt mit Schweigepflicht vertrauen Erkrankte und Rehabilitanden sich an.



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

## Inhalt

### Editorial

- „Die Zeichen der Zeit nicht erkannt“:  
Dr. med. Michael Vollmer befasst sich im Editorial  
mit Schriften der DGUV und der BAR **113**

### Praxis

- Starker Anstieg der Krankheitskosten  
durch psychische Erkrankungen **114**
- „Von Nomaden und Ackerbauern“ –  
ein Interview zum Thema Ernährungsberatung
- In der Betriebsarztpraxis **115**
- Krebsprävention und -früherkennung **118**
- Betriebseigene Kinderbetreuung  
in Krankenhäusern rechnet sich **121**

### Fortbildung

- „Unhappy Doctors“ –  
Wandel im Verhältnis zwischen Beruf,  
Patienten, Gesellschaft **124**

### Impressum

**128**

Als Mediziner kann er beurteilen, ob das Stadium der Genesung einen Wiedereingliederungsversuch sinnvoll erscheinen lässt. Er knüpft und hält Kontakt mit Therapeuten und Beratern. Und er begleitet die betriebliche Wiedereingliederung aus medizinischer Sicht, weil er im Gegensatz zu einmaligen oder vorübergehenden externen Beratern dauerhaft im Unternehmen präsent ist.

Er weiß aber auch um die Arbeitsplätze, die Organisation und die Abläufe sowie beteiligte Menschen und Gruppen im Unternehmen – entscheidende Kenntnisse und Kontakte, die behandelnde Ärzte und Fachstellen nicht haben.

Gerade diese Betrachtung zeigt aber auch, dass der Betriebsarzt nicht als Einzelkämpfer erfolgreich sein kann.

Vielmehr ist er Moderator oder Mitglied eines dicht geknüpften Netzwerks, zu dem durchaus auch externe Fachleute z. B. von Sozialversicherungsträgern und Integrationsämtern gehören. Dieses Team erarbeitet und setzt Lösungen um, die langfristig tragbar sind – für alle Beteiligten und unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte.

In diesem Prozess formuliert der Betriebsarzt unter Wahrung von Vertraulichkeit und ärztlicher Schweigepflicht ein positives Leistungsbild und beschreibt deren Rahmenbedingungen konkret. Auf diese Weise entsprechen die ärztlichen Empfehlungen im Gegensatz zu manchen von externen Stellen gemachten Vorschlägen den betrieblichen Realitäten.

Unternehmen profitieren gerade beim BEM davon, dass Sie als Berater im Betrieb eben auch Ärzte haben. Das sollte in der

politischen Diskussion dieser Tage nicht außer Acht gelassen werden. Denn keine andere Berufsgruppe kann einen solch umfassenden Beratungsauftrag erfüllen.

Deshalb sind alle Anstrengungen zu begrüßen, Betriebsärzte zu stärken, die Attraktivität betriebsärztlicher Tätigkeit zu erhöhen und den arbeitsmedizinischen Nachwuchs zu fördern. Dies kann durch frühzeitige Hinführung auf das Fachgebiet geschehen, indem Famulaturen gefördert werden und Arbeitsmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr belegt werden kann. Aber auch die angemessene Bezahlung und der wertschätzende Umgang sowie gute und gesunde Arbeitsbedingungen für Betriebsärzte spielen eine Rolle.

Viele gegenwärtige Aktivitäten dienen dieser Entwicklung, und es gibt ermutigende Zwischenergebnisse, die zeigen: Die Tätigkeit als Betriebsarzt nimmt an Attraktivität gerade im Vergleich mit anderen medizinischen Fachrichtungen weiter zu. Arbeitsmediziner wählen das Fach aus Überzeugung und nicht aus Ausschlussgründen. Fortschrittliche und erfolgreiche Unternehmen bestellen die besten und teuersten Ärzte, weil sie wissen: Qualifiziertes Gesundheitsmanagement ist unverzichtbarer Bestandteil unternehmerischer Prozesse. Und dazu gehört ein leistungsfähiger, hoch qualifizierter Betriebsarzt.

Wer vor diesem Hintergrund betriebliches Eingliederungs- als Teil des Gesundheitsmanagements ohne Betriebsärzte beschreibt, erkennt nicht die Zeichen der Zeit.

Dr. med. Michael Vollmer

## Starker Anstieg der Krankheitskosten durch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Jahr 2008

Das Statistische Bundesamt schätzt anhand der Krankheitskostenrechnung seit dem Jahr 2002 alle zwei Jahre die ökonomischen Folgen von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft. Hier wird die Verteilung der Krankheitskosten nach Diagnosen des Jahres 2008 vorgestellt. In die Berechnung fließen neben medizinischen Heilbehandlungen auch sämtliche Gesundheitsausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein.

### Drei Erkrankungsgruppen mit den höchsten Kosten

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes betragen die Krankheitskosten 2008 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 37 Mrd. Euro, damit lagen

die Ausgaben bei diesen Erkrankungen an erster Stelle der Kostenstatistik. An zweite Stelle treten Krankheiten des Verdauungssystems mit 34,8 Mrd. Euro. Die Kosten für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen lagen bei 28,7 Mrd. Euro. Damit waren psychische Störungen und Verhaltensstörungen die Krankheitsgruppe, die den dritthöchsten Kostenanteil ausmachte. Für etwa die Hälfte dieser Kosten waren nur zwei Diagnosen verantwortlich. Zum einen die Demenzerkrankungen mit 9,4 Mrd. Euro und zum anderen Depressionen mit 5,2 Mrd. Euro.

### Kostenanstieg 2002–2008

Besonders stark waren die Kosten durch psychische Erkrankungen von

2002 bis 2008 gestiegen. Mit 5,3 Mrd. Euro war der Anstieg der Kosten am höchsten gegenüber allen anderen Krankheitsarten. Allein bei Demenz und Depressionen erhöhten sich die Kosten in diesem Zeitraum um zusammen 3,5 Mrd. Euro bzw. um 32%. Seit dem Jahr 2002 sind die Krankheitskosten um 16% auf 35,5 Mrd. Euro angestiegen und lagen im Jahr 2008 bei 254,3 Mrd. Euro (Stand: 11.08.2010). Weitere Ergebnisse sind kostenlos online unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon> einsehbar. □

Dr. Annegret Schoeller  
Fachärztin für Arbeitsmedizin

# Von Nomaden und Ackerbauern

Ernährungsberatung in der Betriebsarztpraxis

Dr. med.  
Rolf Hess-Gräfenberg



Die Zahl der übergewichtigen Mitmenschen steigt besorgniserregend und diese Entwicklung macht auch vor den Werkstoren nicht halt – eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik und vor allem auch für die betriebliche Prävention.

Empfehlungen wie: „Essen Sie weniger“, „Essen Sie gesund“ ...wer kennt nicht diese unbeholfenen auf Wirksamkeitsverzicht angelegten Ratschläge.

Die Adipositas und ihre Folgen sind ein großes und gesundheitspolitisch hoch bedeutsames Interventionsfeld, das auch von uns Arbeitsmedizinerinnen qualifizierte Hilfestellungen erfordert. Nach Angaben des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008) belaufen sich die Kosten für Fehlernährung auf über 70 Milliarden Euro pro Jahr.

„Satt, schlank und gesund“ so lautete der Titel eines Praxishandbuchs zur Ernährung, das vermutlich dem Leser des Deutschen Ärzteblattes, im Anzeigenteil desselben regelmäßig beworben, visuell präsent ist.

Weniger bekannt sein dürfte, dass auch die Nachfolgerreihe im GU Verlag unter dem Titel „Schlank im Schlaf“, mittlerweile mehr als 1,5 Million mal verkauft, maßgeblich von einem arbeitsmedizinischen Kollegen mitverfasst und gestaltet wurde.

Dr. med. Rudolf Schwarz war langjähriger Leiter des betriebsärztlichen Dienstes der Kölner Stadtwerke. Er hat in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt Dr. Pape und Sportmedizinerinnen die Erkenntnisse moderner Ernährungs- und Sportwissenschaft in die arbeitsmedizinische Sprechstunde integriert und das Thema Ernährung und Betriebsverpflegung zum festen Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements bei den Stadtwerken Köln gemacht.

Er gibt sein Wissen und seine Erfahrungen mittlerweile auch in Seminaren an betriebsärztliche Kolleginnen und Kollegen weiter.

ASU-Praxis hat die Gelegenheit genutzt und mit Dr. med. Rudolf Schwarz über die wissenschaftlichen Grundlagen seines Ernährungskonzeptes, seine Erfahrungen mit der Etablierung eines Beratungsmodells sowie seiner Verwirklichung befragt. Das Interview führte Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, den eine langjährige kollegiale Freundschaft mit dem Kollegen Schwarz verbindet und das obwohl der eine in Köln und der andere in Düsseldorf beheimatet ist.

Lieber Rudolf, was hat bei Dir den Anstoß gegeben sich dem Thema Ernährung im Rahmen der betriebsärztlichen Beratung intensiver zu widmen?

Ausschlaggebend war die Tatsache, dass seinerzeit für die zunehmende Zahl adipöser Mitarbeiter mit übergewichtsassoziierten Erkrankungen, die in der betriebsärztlichen Sprechstunde auffällig wurden, kein adäquates ambulantes Beratungsangebot zur Verfügung stand. Das war der Anlass mich mit

dem Thema Ernährung und Adipositas zu beschäftigen und ein betriebsärztliches Beratungsmodell aufzubauen. Das Erfahrungswissen hat dann in Zusammenarbeit mit anderen Experten in Bestsellern beim Deutschen Ärzteverlag und GU Verlag Niederschlag gefunden. Das Thema Ernährung und gesunde Gewichtsreduktion ist mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Stadtwerke Köln geworden.

Was waren die ersten Schritte, wo hast du innerbetrieblich Bündnispartner, Unterstützer, wo hast du externen Sachverstand hinzugezogen.

Die Geschäftsführung und Personalleitung der Stadtwerke Köln haben schon sehr früh die Bedeutung von Prävention für die Mitarbeitergesundheit erkannt und intensiv gefördert. Vorausgegangen waren sensibilisierende und motivierende Gesundheitsseminare und Gesundheitschecks für Führungskräfte. Danach war es relativ einfach ein Beratungskonzept zu entwickeln, in der auch die Betriebsverpflegung einen hohen Stellenwert hat.

Im Zentrum der Überlegungen steht das sog. „Insulinprinzip“ mit seinen Eigenschaften als stoffwechselaktives „Dickmacherhormon“. Warum ist es neben der Wirkung auf den Blutzuckerstoffwechsel zentral für das Verständnis von Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen.

Der Körperfettpeicher wird durch das zentrale Stoffwechselformon Insulin insbesondere bei einem 5-Mahlzeitenprinzip rund um die Uhr gemästet. Verantwortlich für eine hohe postprandiale Insulinausschüttung mit lang anhaltender lipogener Wirkung sind sog. insulinotrope Nährstoffmischungen wie sie insbesondere bei der fastfood Ernährung vorkommen. „Insulinstress“ der Bauchspeicheldrüse verursachen der gemeinsame Verzehr von Kohlenhydraten und tierischem Eiweiß sowie „Flüssigzucker“ aus Limonaden und Fruchtsaftgetränken.

Die energetisch überversorgten Muskel- und Leberzellen bei Adipositas verweigern eine weitere Nährstoffaufnahme (Entwicklung einer zellprotektiven Insulinresistenz). Die nicht verbrauchten Nährstoffe werden durch den

reaktiv hohen Insulinspiegel aus der Blutbahn in das Fettgewebe „entsorgt“. Es entwickelt sich nun Übergewicht mit den bekannten krankmachenden Folgen für Stoffwechsel und Blutdruck insbesondere bei männlich Betroffenen mit einem kritischen Bauchfett-speicher.

Welche Rolle spielt hierbei die Insulinresistenz?

Hyperinsulinämie und eine Insulinresistenz an den Körperorganen Muskulatur, Leber, Fettgewebe und Gehirn sind neben den Bauchfett-hormonen (Adipokinen) das pathophysiologische Substrat für das sog. „Insulinresistenzsyndrom“ (Reaven, USA) oder dem sog. „Metabol. Syndrom“. Das Syndrom ist ein Cluster an Risikofaktoren der Arteriosklerose (Mikro und Makroangiopathie)

Ärzte müssen gemäß unserer Berufsordnung einen festen Praxissitz vorsehen. Gleichwohl zählen ernährungsmedizinisch, nicht anders als die Normalbevölkerung, ca. 1/3 zum Nomadentyp, der dem Ackerbautyp entwicklungsgeschichtlich vorangegangen ist. Was hat es mit diesen beiden Ernährungstypen auf sich.

Welche Bedeutung haben der genetische Stoffwechseltyp des „Nomaden“ und des „Ackerbauern“? Warum ist der Nomadentyp für eine Kohlenhydratmast empfänglicher?

99,5 % unserer genetischen Vorfahren (120.000 Generationen) waren Jäger und Nomaden und verzehrten als „Urnahrung“ in unseren Gefilden „Mammut ohne Brot“. Erst vor 10.000 Jahren nach der letzten Eiszeit wurden die Alt-vorderen durch den Getreideanbau sesshaft und verzehrten „Brot ohne Mammut“.

Auf diese Veränderungen haben sich die Insulinrezeptoren der Muskulatur und auch die Bauchspeicheldrüse weitgehend angepasst. Etwa ein Drittel der Bevölkerung besitzt aber immer noch die auf Eiweißnahrung abgestimmte Stoffwechselgenetik des „Nomaden“.

Ihre Bauchspeicheldrüse reagiert mit einer überschießenden Insulinantwort auf Kohlenhydrate bei gleichzeitig insulinresistenter Muskulatur, was die Fett-speicherung von Überschussnahrung sehr begünstigt.

Ich hatte die Gelegenheit an einem Seminar teilzunehmen, das Du zusammen mit dem Kollegen Pape (Mitautor und u.a. langjähriger Kursleiter Ernährungsmedizin bei der Ärztekammer Nordrhein) in Zusammenarbeit mit dem VDBW durchgeführt hast.

Neben den theoretischen „Ballaststoffen“, sind die Botschaften für ein gesundes Abnehmen nach dem „Insulinprinzip“ auch für jemanden – hier mache ich aus meinem Herzen keine Mördergrube – nicht gerade dem Ernährungsfetischismus Verdächtigen-eingängig und praxistauglich.

Noch nie gab es so viel und so widersprüchliches Wissen über Ernährung und Abnehmen wie heute, und viele Menschen verlieren im kommerziell oder dogmatisch fundierten Diäten-wirrwarr die Orientierung.

Ärztliche Empfehlungen zu Ernährung und Abnehmen folgen wissenschaftlichen und physiologischen Erkenntnissen oder orientieren sich an Leitlinien der Fachgesellschaften. Sie berücksichtigen den Stoffwechseltyp, den hormonellen Biorhythmus, die Wirkung des Stoffwechselformons Insulin, Stoffwechselstörungen und das Vorliegen von Erkrankungen.

So vertreten wir als Autorenteam das mittlerweile anerkannte 3-Mahlzeitenprinzip ohne Zwischenmahlzeiten. Entsprechend der Tagesempfindlichkeit der Insulinrezeptoren (Diabetologie) empfehlen wir den Verzehr einer reinen KH- Mahlzeit zum Frühstück, einer Mischkostmahlzeit zu Mittag und einer reinen Eiweißmahlzeit am Abend. Hierbei wird die Fettverbrennung am Tag durch eine bewegte Muskulatur und die Fettverbrennung in der Nacht durch das Wachstumshomon (STH) bei ausreichendem Schlaf gefördert bzw. nicht behindert.

Daneben braucht der Abnehmwillige oft auch Unterstützung zur Stressbewältigung, bei Bewegungsmangel und eine nachhaltige verhaltenspsychologische Begleitung.

In der betriebsärztlichen Sprechstunde kann man groborientierend zwei verschiedene Zielgruppen identifizieren, die man in eine primär- bzw. sekundärpräventive Gruppe unterteilen könnte: Den (noch) Normalgewichtigen und den Mitarbeitern mit einem BMI 30 plus, mit fakultativ drohendem, beginnendem bzw. voll entfaltetem metabolischen Syndrom.

Wie gestaltet sich die differentielle Beratungsstrategie.

Interessanterweise ist die Nachfrage nach dem Seminarangebot über eine gesunde Ernährung in der Zielgruppe der „noch“ Gesunden und „noch“ Normalgewichtigen sehr groß. Steigt der BMI oder liegen Stoffwechselerkrankungen vor, steigt auch das Interesse an Hilfestellungen für eine Gewichtsreduktion. Zur Teilnahme an dem Seminar „Gesundes Abnehmen“ ist die Teilnahme am Seminar „Gesunde Ernährung“ Voraussetzung

Die begleitende Teilnahme von Ehe-/ Lebenspartnern als Multiplikatoren und Stabilisatoren des sozialen Umfeldes ist ausdrücklich erwünscht.

Viele Kolleginnen und Kollegen können nicht auf die Infrastruktur eines werksärztlichen Dienstes zurückgreifen und müssen mit geringeren „Bordmitteln“ zurecht kommen. Was rätst Du diesen Kollegen. Wie können die ersten Schritte aussehen?

Neben einem fundierten ernährungsmedizinischen Beratungswissen (Ernährungsmedizinische Fortbildung nach dem Curriculum der BÄK) für die betriebsärztliche Vortragstätigkeit zu diesem Thema ist der Aufbau eines Netzwerkes zu externen Ernährungsberatungsstellen der Krankenkassen hilfreich.

Begleitende Mitarbeitergespräche auch bei externer Beratung sind empfehlenswert.

Kompetenzen auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention werden zunehmend von Arbeitsmedizinern im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingefordert. Ich sehe hier ein großes Betätigungsfeld für eine gesundheitliche Wertschöpfung in den Unternehmen.

Was gehört zu der technischen Grundausstattung einer qualifizierten Beratung?

Neben der Wissensvermittlung für eine gesunde Ernährung hat die nachhaltige und individuelle Adipositasberatung einen besonderen Stellenwert innerhalb der ernährungsmedizinischen Beratungspraxis. Grundlage hierfür ist ein Körperanalysegerät zur Bio-Impedanzmessung (BIA). Nur anhand der erhobenen Parameter in der Verlaufskontrolle (Ernährungsindex, Bioaktive

Zellmasse, Körperfett und Wassergehalt) kann eine individuelle differenzierte Beratung erfolgen.

Ist die Praxis einer gesunde Ernährung abhängig von der sozialen Schicht und dem Bildungsgrad?

Es werden in der Literatur diese sozial-schichtabhängigen Aspekte von Übergewicht und Ernährungskrankheiten beschrieben. Ich sehe bei Menschen, die im Berufsleben stehen und das ist unsere Klientel in der betriebsärztlichen Beratungspraxis, keine Unterschiede in der Prävalenz von Adipositas in Abhängigkeit vom Bildungsgrad.

In vielen Berufen besteht jedoch die Problematik von chronischem psychosozialen und psychomentalen Stress oder unregelmäßigen Arbeitszeiten wie Wechselschicht und Nachtdiensttätigkeit. Hier müssen Menschen gegen ihren natürlichen und wie wir wissen nicht veränderbaren Biorhythmus und auch Sozialrhythmus arbeiten und sich

ernähren. Das sind echte Herausforderungen in der Beratungspraxis, wo es keine einfachen Lösungen gibt.

Diät stammt wortgeschichtlich aus dem Griechischen und meint ursprünglich Lebensweise, ging also über die Ernährung hinaus. Auch Dein Konzept baut neben der Ernährung auf körperlicher Aktivität auf. Welchen Stellenwert hat sie?. Wie sehen die Angebote im Betrieb aus?

Leber, Muskulatur und Fettgewebe, das „dramatische Stoffwechselfeld“, stehen in einer engen Beziehung zueinander. Insofern nimmt ein aktiver, insulinsensibler Muskel eine zentrale Stellung im Stoffwechselgeschehen ein, ist er doch zu 80 % für einen gesunden Stoffwechsel verantwortlich. Eine stoffwechselferechte Ernährung und regelmäßige Bewegung sind ein unverzichtbarer „Doppelpack“ für unsere Gesundheit und tragende Säulen der betrieblichen Präventionsaktivitäten.

ASU-Praxis dankt Dir für das Gespräch

## Buchempfehlung

Für jede/-n Kollegin/Kollegen, die eine Apotheke betreuen, oder auch die Apotheker/-innen selber, ist das Buch von C. Hadtstein, Untersuchungen zum Umgang mit Gefahrstoffen in Apotheken, 2010 edition FFAS, Freiburg im Breisgau, ISBN: 978-3-940278-06-7 empfehlenswert.

Aufgrund ärztlicher Verordnungen wurden 2008 mehr als 16 Millionen Rezepturen in Apotheken angefertigt. Die dazu verarbeitenden Arzneistoffe haben häufig gesundheitsschädliche, vielfach auch fruchtschädigende und teilweise kanzerogene, mutagene und fruchtbarkeitsgefährdende Eigenschaften. Geeignete analytische und messtechnische Verfahren zur Bestimmung der beruflichen Exposition gegenüber Arzneistoffen stehen nicht zur Verfügung, so dass Messungen zur Bestimmung der Exposition der Mitarbeiter und Mitar-

beiterinnen in Apotheken nicht durchgeführt werden können. Um so wichtiger ist es, sich die Verfahrensabläufe in Apotheken genau anzusehen. Hierbei hilft diese Arbeit.

Die Dissertation von Frau Dr. Hadtstein ist sehr praxisorientiert und hat mir schon große Dienste erwiesen. Wer das Buch liest, kann ermessen, wie viel Arbeit darin steckt. Ziel der Arbeit war die Ermittlung und sicherheitstechnische Bewertung der verwendeten Substanzen in Apotheken sowie der durchgeführten Tätigkeiten als expositionsbestimmende Determinanten. Auf der Basis dieser Ergebnisse konnte die Expositionssituation in Apotheken beim Umgang mit crm- und sensibilisierenden Substanzen diskutiert werden. Darüber hinaus wurden die angewendeten Schutzmaßnahmen untersucht. Hierbei wurden die Arbeitsbedingungen mittels

Begehungen und verschiedenen, auf die Umstände angepassten Fragebögen, untersucht. Nicht zuletzt machen diese Fragebögen das Buch zu einem wichtigen Hilfsmittel in der betriebsärztlichen Praxis. Im Sinne einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung wurden aber auch noch weitere Gefährdungsfaktoren betrachtet und dargestellt.

Entsprechend dem Umgang mit Gefahrstoffen in Apotheken gliedert sich die Arbeit in Tätigkeiten im Labor, Tätigkeiten in der Rezeptur und in der Zytostatikazubereitung. Es erfolgend die notwendigen Hinweise auf die zugrunde liegende TRGS 526 „Laboratorien“.

Zusammengefasst kann ich das Buch jedem praktisch tätigen Arbeits- und Betriebsmediziner empfehlen.

Dr. Monika Stichert

Aufklärungsbogen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

# Krebsprävention und -früherkennung

Stand: 23.08.2010

**In der betrieblichen Beratungspraxis ist es hilfreich, im Sinne der Primärprävention / Gesundheitsförderung Aufklärung mündlich und / oder schriftlich zu betreiben. Hier wird ein Aufklärungsbogen „Krebsprävention und -früherkennung“ vorgestellt. Dieser Aufklärungsbogen ist im Internet unter [www.asupraxis.de](http://www.asupraxis.de) beziehbar. Die Grundlage für diesen Bogen haben die Materialien der Deutschen Krebshilfe geliefert.**

Jedes Jahr erkranken in Deutschland 450.000 Menschen neu an Krebs, 211.500 Menschen sterben daran. Aber durch eine gesunde Lebensweise kann Krebs aktiv vorgebeugt werden und dazu möchte ich Ihnen einige Informationen geben. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Krebs zu erkranken. Übrigens geht ca. 1/3 aller Krebserkrankungen auf das Rauchen zurück. **Nicht-rauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und ein vorsichtiger Umgang mit der UV-Strahlung** kann das Risiko, an Krebs zu erkranken, deutlich senken. Eine Krebserkrankung ist nicht schicksalhaft, **Sie können etwas dagegen tun!**

Ebenfalls wichtig ist die Krebs-Früherkennung, denn viele Krebserkrankungen sind heilbar, wenn sie frühzeitig erkannt werden. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben daher das Ziel, Tumore möglichst in frühen Stadien aufzuspüren, da sich diese zumeist schonender und besser behandeln lassen. Früherkennungsuntersuchungen werden aber auch durchaus kritisch gesehen, da sie Nachteile haben können. Um Ihnen dabei behilflich zu sein, ist es notwendig, für jedes Verfahren günstige und möglicherweise schädliche Auswirkungen gegeneinander abzuwägen. Ich möchte im Folgenden die einzelnen Krebsfrüherkennungsverfahren besprechen:

- Derzeit erkranken jährlich etwas 73.000 Menschen neu an **Darmkrebs**,

26.3000 sterben daran. Männer erkranken an dieser Krebsart im Durchschnitt mit 69 Jahren, Frauen mit 75 Jahren. In einigen Fällen kann eine erbliche Belastung vorliegen, die mit einem deutlich höheren Erkrankungsrisiko und mit einem jüngeren Erkrankungsalter verbunden ist. Ein Hinweis ist immer, wenn es schon mehrere andere Familienmitglieder gibt, die an dieser Krebsart erkrankt sind.

Fast alle Darmkrebserkrankungen entstehen aus gutartigen Vorformen, den so genannten adenomatösen Polypen oder Adenomen. Es dauert in der Regel viele Jahre, bis sich aus einem Polypen Darmkrebs entwickelt. Und dann ist das Risiko größer, wenn es sich schon um große Adenome (> 9 mm) handelt. Durch die Entfernung der Adenome während einer Darmspiegelung kann eine Krebserkrankung verhindert werden. Der Darmkrebs selber verursacht in der Regel erst spät Beschwerden wie z. B. sichtbares Blut im Stuhl, Blutarmut, veränderte Stuhlgewohnheiten und / oder Gewichtsabnahme.

Ziel der Darmkrebsfrüherkennung ist das frühzeitige Entfernen der evtl. vorhandenen Adenome oder das frühzeitige Entdecken von noch kleinen Tumoren, die oftmals weniger ausgedehnt operiert und anschließend schonender behandelt werden können bei gleichzeitig längerem tumorfreiem Überleben.

Dr. med. Monika Stichert  
Arbeits- und  
reisemedizinische Praxis  
Gelbfieberimpfstelle  
40699 Erkrath



Die gesetzliche Krankenkasse bietet allen Männern und Frauen ab dem 50 Lebensjahr jährlich einen **Test auf verstecktes Blut** an und ab dem 55. Lebensjahr eine **Darmspiegelung**. Bei dem Stuhl-Blut-Test wird der Stuhl auf für das Auge nicht sichtbares Blut getestet. Da Krebs aber erst spät Beschwerden wie eine Blutung verursacht und Adenome nicht bluten, können mit diesem Test die Adenome als Vorstufen nicht gefunden werden. Umfassende Studien haben aber gezeigt, dass die Sterblichkeit an Darmkrebs durch diese Tests aber gesenkt werden konnte.

Bei der Darmspiegelung wird der gesamte Dickdarm mit einem dünnen flexiblen Schlauch (Endoskop) untersucht. Vorteil ist, dass mit hoher Genauigkeit Krebs und seine Vorstufen entdeckt werden können und bei der gleichen Sitzung mit einer Zange oder einer Schlinge entfernt und anschließend histologisch untersucht werden können.

Von 1000 im Rahmen der Krebsfrüherkennung durchgeführten Darmspiegelungen sind 250 auffällig. Davon wird bei 8 Personen Darmkrebs gefunden, die übrigen haben eine oder mehrere Adenome.

Das unangenehme an dieser Untersuchung ist die Darmreinigung. Um den Darm ausreichend genau beurteilen zu können ist es sehr wichtig, dass der Darm vollständig gereinigt wurde, abgesehen von unserem Schamgefühl, was bei der Untersuchung zum Tragen kommt. Man kann schon ca. 2 Tage für diese Untersuchung ansetzen, die man mit dem Trinken der Reinigungsflüssigkeit, auf der Toilette oder bei der Untersuchung mit meistens gege-

bener Beruhigungsspritze verbringt. Bei 2,8 von 1000 Darmspiegelungen werden Komplikationen festgestellt. Blutungen treten bei 1,6 von 1000 Untersuchungen auf. Sie entstehen in der Regel durch die Abtragung der Polypen und können meist im Rahmen der Untersuchung gestillt werden. Verletzungen der Darmschleimhaut selber (Perforationen) sind relativ selten und treten bei 0,2 von 1000 Untersuchungen auf. Fünf Untersuchte verstarben bisher an später aufgetretenen Komplikationen.

Aus Sicht der Deutschen Krebshilfe sind sowohl der Stuhl-Blut-Test als auch die Darmspiegelung sinnvolle Untersuchungen, die jeder machen lassen sollte. Das Positive ist: Wurde bei der Untersuchung nichts gefunden, kann man sich ca. 10 Jahre beruhigt zurück lehnen.

- Derzeit erkranken in Deutschland jährlich etwa 5.500 Frauen neu an **Gebärmutterhalskrebs**. 1.500 Sterben daran. Frauen erkranken im Durchschnitt mit 52 Jahren an dieser Krebsart. Die höchsten Erkrankungsraten liegen **zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr**. Fast immer entsteht dieser Krebs auf dem Boden einer HPV-Infektion (Humane Papillom Viren). Diese Viren werden in der Regel beim Geschlechtsverkehr übertragen. HPV Infektionen sind sehr häufig und werden in 98 von 100 Fällen vom Immunsystem erfolgreich bekämpft. Fortbestehende Infektionen können Zellveränderungen bewirken, aber auch diese können sich wieder zurück bilden. Nur in seltenen Fällen entwickelt sich über ca. 10 Jahre daraus ein Gebärmutterhalskrebs. Wichtigstes Ziel ist es, die Zahl der tumorbedingten Todesfälle zu senken. Wenn Krebsvorstufen entdeckt werden, können sie operativ entfernt und geheilt werden. Des Weiteren kann bei frühzeitigem Entdecken kleinerer Tumore gewebeschonender operiert werden und die medikamentöse Behandlung schonender erfolgen. Die gesetzliche Krankenkasse bietet Frauen ab dem 20. Lebensjahr jährlich eine Abstrichuntersuchung, den sog.

PAP-Test an. Mittels des **PAP-Test** sollen Zellveränderungen entdeckt werden, die dann operativ entfernt werden müssen, damit die Frauen nicht an Gebärmutterhalskrebs erkranken. Hierdurch kann sowohl die Erkrankungshäufigkeit als auch die Zahl der Todesfälle reduziert werden. Es ist aber wichtig, dass die Frauen auch zur Vorsorgeuntersuchung gehen und nicht damit aufhören, wenn sie keine „Pille“ zur Empfängnisverhütung mehr brauchen, also nach den Wechseljahren, weil dann die Häufigkeit an dieser Krebsform zu erkranken ansteigt.

Der PAP-Abstrich ist schmerzfrei und risikolos durchzuführen. 4 von 100 Frauen weisen einen auffälligen Befund auf. Von acht richtigen Befunden entwickelt sich nur eine Zellveränderung weiter zu Gebärmutterhalskrebs. Aus diesem Grunde wird der Abstrich bei einem auffälligen Befund zunächst nach 3–6 Monaten wiederholt.

Sollten tatsächliche Zellveränderungen vorliegen, werden diese durch eine Operation (Konisation) entfernt. Neben akuten Komplikationen, wie z.B. einer Nachblutung kann eine solche Operation auch zu Problemen bei späteren Schwangerschaften führen. Die Deutsche Krebshilfe empfiehlt deshalb die Durchführung dieses PAP-Tests ab dem 20. Lebensjahr für jede Frau.

Die **HPV-Impfung** hat das Ziel die Zahl der Neuerkrankungen zu senken. Die beiden im Handel befindlichen Impfstoffe richten sich gegen die HPV-Virustypen 16 und 18, die am häufigsten (zu 70 %) Gebärmutterhalskrebs auslösen. Die Impfung befreit aber **nicht** von der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung beim Gynäkologen / -in.

- Derzeit erkranken in Deutschland jährlich ca. 57.000 Frauen neu an **Brustkrebs**. Das Erkrankungsrisiko steigt ab dem 50. Lebensjahr deutlich an. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. In seltenen Fällen kann eine erbliche Belastung vorliegen. Diese Frauen erkranken deutlich jünger an dieser Krebsform und es gibt meistens schon mehrere Familienmit-

glieder, die ebenfalls erkrankt sind. Ist die Mutter, die Tochter oder die Schwester bereits erkrankt, verdoppelt sich das Risiko selber zu erkranken. Sind zwei Verwandte betroffen, vervierfacht sich das Risiko. Ebenfalls erhöhen ein starker Alkoholkonsum, Röntgenstrahlen, Medikamente zur Hormontherapie in den Wechseljahren das Risiko, wohingegen Stillen das Risiko sogar reduziert.

Wichtigstes Ziel ist es, die Todesfälle zu reduzieren und durch die Früherkennung kleinerer Tumore oftmals weniger ausgedehnt operieren zu müssen und medikamentös schonender behandeln zu können. Zur Früherkennung können Frauen ab dem 30. Lebensjahr einmal jährlich ihre Brust von einem Gynäkologen / -in abtasten lassen. Ganz wichtig ist aber auch das regelmäßige aufmerksame Betrachten der Brust im Spiegel und das Selbstabtasten durch die Frauen. Am Besten gelingt dies beim Duschen nach dem Einseifen. Wenn man das regelmäßig macht, bekommt man auch ein Gefühl für seine Brust, und kann frühzeitig reagieren, falls etwas auftritt. Achten sollte man auf tastbare Knoten, Dellen oder Verhärtungen der Brust, sichtbare Verformungen, Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze, wie auch auf Blutungen oder andere Absonderungen aus der Brustwarze.

Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr bieten die Krankenkassen ein zweijährliches **Mammographie-Screening** an. Hierbei ist es ganz wichtig, dass die Röntgenaufnahme gut gemacht wird und die Frau, weil es vielleicht in dem Moment schmerzt, wenn die Brust zwischen die Röntgenplatten gepresst wird, nicht zurück zieht und dadurch viel brustwandnahes Gewebe bei der Untersuchung nicht erfasst wird. Dies würde dann nur eine falsche Sicherheit vermitteln. Unter 200 Frauen, die regelmäßig an allen Screeningrunden teilnehmen, wird bei etwa 13 Frauen Brustkrebs festgestellt – bei 10 davon durch das Screening selbst, bei dreien außerhalb

des Screenings. Von diesen 13 Frauen versterben in dieser Zeit durchschnittlich drei Frauen an Brustkrebs. Ohne Screening wären es vier Frauen. Trotz aller Sorgfalt gibt es aber auch Tumore, die sich in der Mammographie nicht darstellen lassen. Insgesamt kann bei etwa 5 von 6 Frauen nach einem auffälligen Mammographiebefund Entwarnung gegeben werden. Das heißt für Sie, **dass ein auffälliger Befund noch nicht Brustkrebs bedeutet**. Die Fachleute gehen davon aus, dass die Vorteile die Nachteile überwiegen. Dies sollte aber jede Frau für sich selber entscheiden. Ein Nachteil ist, dass ein auffälliger Befund gefunden wird, der sich als falsch positiv heraus stellt, dass der Tumor zwar eher entdeckt wird, aber dadurch die Überlebenszeit sich nicht verlängert, sondern nur die Leidenszeit, oder wenn ein Tumor gefunden wird, der niemals Probleme bereitet hätte. Ein Vorteil ist, wenn der Tumor so frühzeitig entdeckt wurde, dass er schonend behandelt werden kann und Frau damit geheilt ist.

- Derzeit erkranken in Deutschland jährlich etwa 195.000 Menschen neu an **Hautkrebs**. 3.000 sterben daran. Die häufigste Form ist der sog. Helle Hautkrebs, der keine Metastasen (Tochtergeschwülste) bildet und dadurch zumeist heilbar ist. Er tritt vor allem im Alter auf. An der besonders bösartigen Form, dem schwarzen Hautkrebs oder auch malignes Melanom genannt, erkranken jährlich mehr als 24.000 Menschen. Melanome bilden zumeist sehr früh Tochtergeschwülste und sind dann zumeist nicht mehr heilbar. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt für Männer bei 64 Jahren und für Frauen bei 58 Jahren. Zunehmend erkranken aber auch junge Erwachsene an einem malignen Melanom. Menschen mit mehr als 40 Pigmentmalen tragen ein sieben- bis 15-fach erhöhtes Risiko, an dieser Form zu erkranken. Sonnenbrände in der Kindheit und Jugend erhöhen das Hautkrebsrisiko um das 2–3fache. Und auch genetische Veranlagungen spielen eine Rolle: Personen mit heller Haut,

rötlichen oder blonden Haaren, Neigung zu Sommersprossen, Sonnenbrandflecken oder mit einem Familienmitglied, was an einem malignen Melanom erkrankt ist, haben ein 120-fach erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Auch die Besuche in einem Solarium steigern das Risiko deutlich.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten Frauen und Männern ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine standardisierte Untersuchung an. Bei dieser Untersuchung muss man sich komplett entkleiden, da das maligne Melanom überall entstehen kann und nicht nur dort, wo Sonne hin kommt.

- Ein weiterer wichtiger Krebs bei Männern ist das **Prostatakarzinom**. In Deutschland erkranken zur Zeit jährlich etwa 64.000 Männer neu daran. 12.000 sterben daran. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. Das Prostatakarzinom hat unbehandelt oft einen langsamen „natürlichen“ Verlauf. In einigen Fällen verläuft die Erkrankung jedoch aggressiver und wir haben noch nicht die Möglichkeit genau zu sagen, zu welcher Gruppe welcher Mann gehört. Aggressiv verlaufender Prostatakrebs bildet häufig Tochtergeschwülste in den Knochen und führt dadurch zu Schmerzen und zu Knochenbrüchen.

Die gesetzliche Krankenkasse bietet Männern ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich eine **digital-rektale Tastuntersuchung** an. Bis auf das eintretende Schamgefühl ist die Tastuntersuchung schmerzfrei und risikolos.  $\frac{2}{3}$  aller per Tastbefund nachgewiesenen Tumore werden zu spät diagnostiziert. Hinzu kommt noch die Möglichkeit einen PSA-Test beim Arzt durchführen zu lassen. Erhöhte PSA-Werte kann man aber auch bei einer gutartigen Prostatavergrößerung oder einer Prostatentzündung finden. Schon eine Radtour am Vortag kann zu einer Erhöhung führen. Ein aggressiv behandlungspflichtiges Prostatakarzinom zeichnet sich dadurch aus, dass es wächst und somit auch ansteigende PSA-Werte zeigt. Eine Potenserhaltende Operation ist nur in den frühen

Stadien möglich. Bei 50 von 1.000 zumeist mehrfach getesteten Männern im Alter zwischen 50 bis 70 Jahren findet sich in der Gewebeprobe ein Karzinom. Ein Problem liegt bei dieser Tumorerkrankung in der Überdiagnose und Übertherapie, denn nicht jeder entdeckte Tumor hätte ohne Früherkennung auch zum Tode des Betroffenen geführt. Durch die Übertherapie werden möglicherweise Männer mit schwerwiegenden Folgen durch die Therapie behandelt, bei denen dies gar nicht notwendig gewesen wäre. Von 10.000 operierten Männern sterben 10 Männer bei der Operation, 300 werden inkontinent und ca. 4.000 impotent. Aus diesem Grunde wird die Durchführung des PSA-Wertes zur Zeit kontrovers diskutiert. Es wird deshalb eine Basismessung im Alter von 40 Jahren empfohlen und danach regelmäßige Folgemessungen. Zu einer Gewebeprobe wird den Männern geraten, die einen Anstieg des PSA-Wertes um 0,5 ng/ml pro Jahr aufweisen. Somit werden die meisten „schlafenden“ Prostatakarzinome nicht mehr biopsiert, besonders aggressive Karzinome bereits vor dem Erreichen des ehemaligen PSA-Grenzwertes von 4,0 ng/ml erkannt. Die Deutsche Krebshilfe empfiehlt Männern ab 40 Jahren sich umfassend über Prostatakrebs zu informieren und im Rahmen einer Beratung selber zu entscheiden, ob sie eine Bestimmung des PSA-Wertes vornehmen lassen wollen. Entscheidungshilfe können Sie auch auf der folgenden Webseite erhalten: [www.psa-entscheidungshilfe.de](http://www.psa-entscheidungshilfe.de).

- Die jungen Männer unter Ihnen sollten sich auch angewöhnen, die Hoden regelmäßig abzutasten, da bei ihnen das Risiko für einen **Hodenkrebs** am Höchsten ist.

Zusammengefasst rate ich Ihnen als Betriebsärztin / Betriebsarzt diese Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen. Wenn die Krankenkasse es schon zahlt, dann muss da auch etwas dran sein. □

Dr. Monika Stichert

## Familienfreundliche Arbeitsbedingungen

# Betriebseigene Kinderbetreuung in Krankenhäusern rechnet sich personell und finanziell!



Dr. Annegret E. Schoeller

Das Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert: Arbeitsverdichtung, ausufernde patientenferne Bürokratie, eine mangelnde Wertschätzung der Arbeitgeber sowie die Dominanz ökonomisch orientierter Interessen haben erheblich zugenommen.

Diese Arbeitsbedingungen stehen aber heute im krassen Gegensatz zu den Bedürfnissen von jungen Ärztinnen und Ärzten. Sie wollen im Sinne des „Work-Life-Balance“ neben dem Beruf auch Familie und Freizeit leben. So ist es nicht verwunderlich, dass wir einen ärztlichen Nachwuchsmangel feststellen müssen. Der Paradigmenwechsel mit veränderten Rollenbildern von Männern und Frauen sowie der ständig zu-

nehmende hohe Anteil von Ärztinnen an der Ärzteschaft haben den Bedarf an adäquaten Rahmenbedingungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Haushaltsführung und Freizeit erhöht.

Um zukünftig einen ausreichenden ärztlichen Nachwuchs für die Patientenversorgung sicherzustellen, hat sogar das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Handlungsbedarf gesehen: Das BMG hat Ärzte-, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter zu einem Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ am 13.07.2010 eingeladen, um konkrete bundesgesetzliche Maßnahmen und weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation zu erörtern.

## Familienfreundliche Arbeitsbedingungen in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau

Was aus dieser BMG-Initiative letztendlich werden wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Aber es kann heute eine Klinik vorgestellt werden, die als ein Vorreiter im Hinblick auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie gilt.

Die betriebseigene Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau besteht seit dem Jahr 1977, d. h. seit 33 Jahren. Sie ist eine sozialpädagogische Einrichtung und befindet sich auf dem Gelände der Unfallklinik Murnau. Träger der Kindertagesstätte sowie auch der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau ist der Berufsgenossenschaftliche Verein für Heilbehandlung Murnau e. V., dessen Mitglieder ausschließlich Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind. Diese Einrichtung war nur möglich, weil die Zusammenarbeit zwischen dem Ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor sehr gut ist. Im letzten Jahrzehnt waren es Prof. Dr. Volker Bühren und Herr Erwin M. Kinateder.

Insgesamt hundert Plätze stehen in der Kindertagesstätte zur Verfügung. Diese Einrichtung ist an 365 Tagen im Jahr geöffnet. Um die Betreuung der Kinder kümmern sich eine Leiterin, acht Erzieherinnen, vier Kinderpflegerinnen und eine Kinderkrankenschwester. Die Öffnungszeiten von 5.30 bis 21.30 Uhr an



Abb. 1: Ehemalige Bundesfamilienministerin, Dr. med. Ursula von der Leyen, besucht am 8. Februar 2009 die Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau. Im Hintergrund: der Ärztliche Direktor und Chefarzt der Unfallklinik Prof. Dr. V. Bühren, die Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Frau Dr. A. Bühren (Foto: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau)

allen Tagen einschließlich Sonn- und Feiertagen sind dem Schichtbetrieb der Klinik angepasst.

In der Kindertagesstätte sind sechs Gruppen eingerichtet worden. Die vier Bereiche, in denen die Gruppen untergebracht sind, haben ihre eigenen, der Altersspezifik entsprechende Räumlichkeiten und sind namentlich gekennzeichnet. Der Bereich der „Sonnescheingruppe“ – die Jüngsten im Alter von acht Wochen bis ca. zwei Jahren – umfasst einen Gruppenraum, einen Schlafraum und den Wickel- und Wirtschaftsbereich. Die drei Gruppenräume der „Regenbogengruppe“ für die Kinder von zwei bis vier Jahren werden durch einen eigenen Sanitärbereich und Garderobe ergänzt. Die älteren Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren, die „Drachengruppe“, sind im eigenen Gruppen- und Schlafraum untergebracht. Alle Kinder, welche im Folgejahr in die Schule kommen, befinden sich in der „Delfinengruppe“. Zu der Einrichtung gehört auch ein Hort. Hier werden Kinder ab Schuleintritt bis zehn Jahre betreut.

Die Räume dieser Einrichtung werden sinnvoll eingesetzt. Die Gruppen nutzen gemeinsam die Garderobe, die Küche, den Sanitärbereich, ein Nebenraum und den großzügigen Eingangsbereich. Im gesamten Haus sind die Gruppenzimmer dem Alter der Kinder entsprechend unterschiedlich kreativ eingerichtet und ausgestattet. Es gibt eine umfangreiche Kinderbücherei mit Bilder- und Sachbüchern zu allen Bereichen, aber auch aktuelle Fachliteratur. Ein TV-Gerät, ein PC und in jedem Bereich ein Recorder mit CD-Player sind vorhanden.

Das Personal der Kindertagesstätte arbeitet im Schichtbetrieb, sodass es möglich ist, dass die Kinder nicht nur ihre Wachzeiten, sondern auch, je nach Alter, Bedarf und Betreuungszeit, auch ihre Schlafenszeiten in der Einrichtung verbringen können. Dies erfordert vor allem die Berücksichtigung besonderer Bedingungen sowohl in der räumlichen als auch in der organisatorischen Gestaltung der Tagesabläufe. Ein geregelter,

im Rhythmus wiederkehrender Tagesablauf, in dem Aktiv- und Ruhephasen, Einnahme der Mahlzeiten (aus der Klinikküche) und die Haupttätigkeit, das Spiel, im richtigen Verhältnis zueinander stehen, sind genauso wichtig wie das tägliche individuelle Einstellen auf das Tagesgeschehen und die anwesenden Kinder.

Die Kinder erhalten an zwei Tagen pro Woche und auf Absprache im Team gruppenübergreifende Angebote, u. a. zur Bewegungs-, Musik- und Sprachförderung. Die Angebote verstehen sich als Ergänzung und Bereicherung des Gruppenlebens und sollen den Kindern die Möglichkeit geben, ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen zunehmend zu steuern und zu entwickeln (Partizipationsprinzip). Ziel der pädagogischen Aktivitäten ist es, Grundlagen zu schaffen, die dem Kind Selbstsicherheit und seelisches Gleichgewicht geben und die ihm helfen, sich in der Gemeinschaft zurechtzufinden.

Die Erzieherinnen der Kindertagesstätte sehen es als ihre Aufgabe an, den Kindern ein breit gefächertes Bildungskonzept anzubieten, welches auf die allseitige Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit gerichtet ist. Dieses Angebot umfasst folgende Bereiche: sprachliche Bildung und Förderung, mathematische Bildung, Musikerziehung, naturwissenschaftliche und technische Bildung, soziales Lernen und Persönlichkeitsbildung, Medienbildung, Bewegungs- und

Gesundheitsförderung, religiöse Bildung und Erziehung.

Die Erziehungspartnerschaft mit den Eltern, die Zusammenarbeit mit der Grundschule und anderen Erziehungsträgern sowie mit den Fachdiensten der Landkreise erweist sich als große Unterstützung bei der täglichen Arbeit mit den Kindern.

Für die Eltern dieser Kinder, welche als Krankenhauspersonal auch im Schichtbetrieb arbeiten, ist solch ein familienfreundliches Angebot eine große Entlastung.

### Prognos-Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“

Die Einrichtung von betriebseigener Kinderbetreuung rechnet sich personell und finanziell! Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau hat nachgewiesen, dass Ausgaben für betriebliche Kinderbetreuung auch betriebswirtschaftlich gesehen einen positiven Kosten-Nutzen-Effekt haben.

Anhand der vom Bundesfamilienministerium initiierten und zur Verfügung gestellten Prognos-Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“ (2003), hat die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau als Arbeitgeber 2006 in einer „Rechnerischen Darstellung der Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung“ die monetär bewerteten Nutzenzuwächse

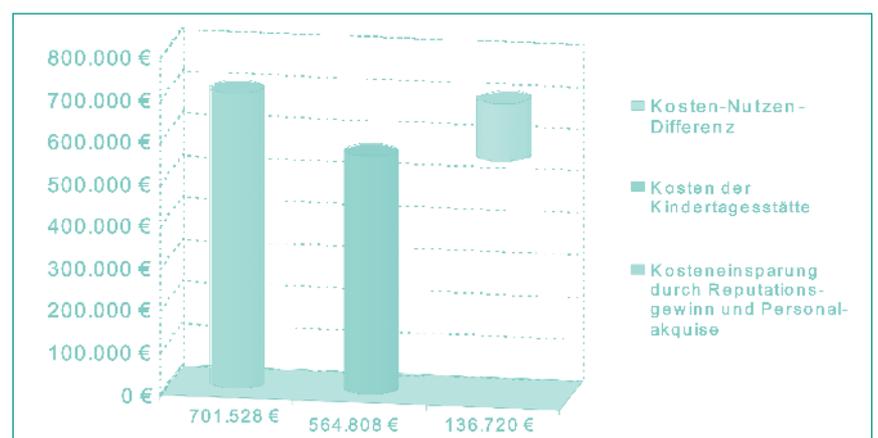


Abb. 2: Grafische Darstellung der Kosten-Nutzen Rechnung 2006 für die Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau (Abb: Dobner/Kinatered, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau.)

ihrer familienfreundlichen Maßnahmen mit den Kosten der Maßnahmen bereits zum zweiten Mal nach 2004 saldiert. Geringere Personalfuktuation und entsprechend niedrigere Kosten für Anwerbung, Einstellung und Einarbeitung von neuem Personal sowie frühe Rückkehr aus der Elternzeit, geringere Ausfallzeiten und weitere Faktoren ergaben für das Jahr 2006 eine Kosten-Nutzen-Differenz von plus 136.720 Euro als Gewinn für das Unternehmen (s. **Abb. 2**). Öffentliche Mittel werden nicht in Anspruch genommen. Die Analysedaten können von der Klinik-Website heruntergeladen werden

([www.bgu-murnau.de](http://www.bgu-murnau.de)). Auch Universitätskliniken nutzen zunehmend diese Vorteile bei der Gewinnung von guten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern.

Dieses Konzept der betriebseigenen Kinderbetreuung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau lädt Kliniken zur Nachahmung ein. □

*Dr. Annegret Schoeller  
Fachärztin für Arbeitsmedizin/  
Umweltmedizin  
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin  
Bundesärztekammer  
Berlin*

#### Literatur:

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau.  
<http://www.bgu-murnau.de>.

Dobner P (2005). Rechnerische Darstellung der Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung am Beispiel der Unfallklinik Murnau auf Basis der Studie "Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen". Prognos AG.  
<http://www.bgu-murnau.de/Klinikdienste/Kindertagesstaette/index.php>

## Zum Auftreten von multiresistenten Erregern mit der Carbapenemase NDM-1

In den letzten Jahren stehen Auftreten und Verbreitung von bakteriellen Infektionserregern, die gleich gegen mehrere Antibiotika resistent sind (Mehrfachresistenz), im Focus des öffentlichen Interesses. Dies betrifft insbesondere Erreger von Krankenhausinfektionen. Bisher waren es Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), die vor allem für Ärzte in Krankenhäusern eine besondere Herausforderung darstellen. Weltweit kommen nun noch die sogenannten Gram-negativen Bakterien (benannt nach der Gram-Färbung im diagnostischen Labor) dazu, die eine Mehrfachresistenz entwickelt haben, u.a. auch gegen Beta-Laktam-Antibiotika der Carbapenem-Gruppe. Die Carbapeneme haben bisher auch dann gegen diese Erreger gewirkt, wenn alle anderen Präparate aus der therapeutisch wichtigen Gruppe der Beta-Laktame unwirksam waren.

Der Mechanismus, der diesem Resistenzphänomen zugrunde liegt, ist die Bildung eines Enzyms, das Carbapenem-Antibiotika zerstört (Carbapenemase). Gram-negative Bakterien erwerben diese Resistenz durch Aufnahme zusätzlicher Gene, sog. Resistenzgene. Diese Gene sind auf übertragbaren genetischen Elementen lokalisiert, den

Resistenzplasmiden, die zwischen den verschiedenen Gram-negativen Bakterien übertragen werden können.

Das Auftreten von Gram-negativen Infektionserregern, die Carbapenemasen bilden, ist an sich nicht völlig neu. International waren davon verschiedene Länder in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. In Deutschland ist die Carbapenemresistenz noch selten.

Gegenwärtig führen Berichte über das Auftreten von multiresistenten Erregern mit der Carbapenemase NDM-1 („Neu-Delhi Metallo-Beta-Laktamase“) zu einem breiten Echo in den Medien. Die Erreger, die dieses Enzym bilden sind offensichtlich endemisch auf dem indischen Subkontinent. Wie aus Veröffentlichungen aus Großbritannien hervorgeht, wurden Erreger mit NDM-1 dort vor allem bei Patienten mit vorheriger ärztlicher Behandlung in Indien/Pakistan nachgewiesen.

In unserer Welt mit ausgeprägtem internationalen Tourismus, Handel und Wirtschaftsverflechtungen können sich, wie auch am Beispiel der neuen Grippe nachhaltig erlebt, Infektionserreger sehr schnell über Kontinente hinweg ausbreiten. Auch in Deutschland haben wir erste, bisher einzelne Nachweise für NDM-1 bildende Bakterien. Hier ist da-

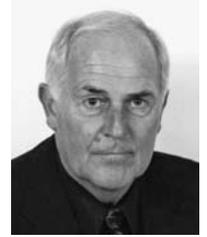
rauf hinzuweisen, dass es, obgleich der Multiresistenz der Erreger, in begrenztem Umfang noch therapeutische Alternativen gibt (z. B. die Antibiotika Tigecyklin und Colistin).

Das Robert Koch-Institut hat ein System zur Überwachung des Auftretens und der Verbreitung resistenter Infektionserreger aufgebaut (ARS, Antibiotikaresistenz Surveillance Deutschland; <https://ars.rki.de>), das im Sinne eines Frühwarnsystems neuartige Antibiotikaresistenzen erfasst. Davon ausgehend nehmen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Robert Koch-Institut und am Nationalen Referenzzentrum für Gram-negative Krankenhauserreger an der Ruhr-Universität Bochum (<http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/index.html>) weitere Analysen an den Bakterien vor. Die weitere Verbreitung multiresistenter Erreger kann durch gezielte Maßnahmen der Krankenhaushygiene ([www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene) und durch eine auf die lokale Resistenzsituation abgestimmte Antibiotikatherapie wirksam begrenzt und verhindert werden. □

RKI

# „Unhappy Doctors“ –

Linus S. Geisler



## Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten, Gesellschaft

Im Mai 2001 war ein ganzes Heft des BMJ dem Thema „Unhappy Doctors“ als weltweites Phänomen gewidmet (1). Die Resonanz des Artikels war überwältigend. Er schien das Lebensgefühl vieler Ärzte sozusagen ins Mark getroffen zu haben. An die hundert Leserzuschriften von Ärzten nahmen zu dem Editorial von Richard Smith Stellung. Unglückliche Ärzte – ein schlimmer Befund. Denn es ist anzunehmen, dass unglückliche Ärzte keine glücklichen Patienten haben können, und unglückliche Patienten ihre Ärzte nicht glücklich machen können – ein verhängnisvoller *Circulus vitiosus*. Chronisch unglücklich zu sein, muss sich auch negativ auf die Arztgesundheit auswirken.

Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten sind nicht nur Beschreibungen der Befindlichkeit eines Berufsstandes, sondern sie scheinen auch praktische Implikationen zu entfalten. So gibt es Hinweise darauf, dass sie Auswirkungen auf die Therapie-Ädhärenz (früher Compliance) der Patienten haben.

Natürlich ist nicht davon auszugehen, dass *alle* Ärzte unglücklich sind, denn in allen Systemen finden sich auch mehr oder minder viele glückliche Ärzte. Auch scheinen nicht alle Gruppen innerhalb der Ärzteschaft gleichmäßig betroffen zu sein. In den Führungspositionen finden sich weniger unglückliche Kollegen als bei den angestellten Mitarbeitern mit Zeitverträgen. Und Chirurgen scheinen vor Unglück viel stärker gefeit zu sein als beispielsweise Internisten. Schließlich gibt es regionale Unterschiede: So soll das Phänomen der „Unhappy Doctors“ in Norwegen kaum vorkommen.

Dies alles darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass breite Schichten der

Ärzterschaft in ihrem Beruf nicht glücklich sind.

Bevor eine Ursachenanalyse versucht wird, scheint es jedoch sinnvoll zu sein, sich mit dem Begriff „Unhappy Doctors“ auseinanderzusetzen. Die Frage ist, ob „Unhappy Doctors“ mit „unglückliche Ärzte“ zutreffend übersetzt ist. Ich habe Zweifel. Unhappy bedeutet im Englischen ja nicht nur unglücklich, sondern auch betrübt, elend oder unzufrieden. Ich mutmaße, dass unglücklich in unserem Zusammenhang eher etwas ausdrücken soll, was schon Freud in seiner Schrift: *Das Unbehagen in der Kultur* so genannt hat: ein Unbehagen an einem Status quo, das vielfältige Wurzeln hat und eher ein ungutes Lebensgefühl benennen soll.

Dieses Unbehagen trifft uns freilich in der Breite wie in der Tiefe unseres Lebensgefühls. Es wirkt sich auf unsere Berufszufriedenheit aus, unseren Elan, unsere Perspektiven in Beruf und Privatleben, es macht uns zu Wesen, die alles in allem anders sind und anders leben, leben müssen als das, was wir als Projektion des Arztberufes ursprünglich vor Augen hatten.

Im Übrigen, da es auch glückliche Ärzte gibt, stellt sich die uralte Frage danach, was Glück ist. Die Antworten füllen Bibliotheken, was gegen einen breiten Konsens spricht. Besonders nachdenkenswert ist für mich die Definition von Glück, die Gottfried Benn in seinem Gedicht „Eure Etüden“ gibt. Er schreibt dort:

„... dumm sein und Arbeit haben:  
das ist das Glück.“

Bezieht man diese Glücksdefinition auf Ärzte in der heutigen Zeit, dann scheinen diese allerdings kaum zum Glück prädestiniert zu sein.

Dieses als Unglück apostrophierte Unbehagen ist sehr komplexer Natur. Es nur durch hohe Arbeitsbelastung und inadäquate Bezahlung erklären zu wollen, greift zu kurz.

Es gibt in jedem Arzt, der gewillt ist, seinen Beruf ernsthaft auszuüben, den Bedürfnissen seiner Patienten gerecht zu werden, primär ihr Wohl im Auge zu haben, ein nahezu zeitloses Bild des Arztes, eine quasi archaische Vorstellung vom guten Arzt. Nicht immer ist er sich dieses Arztbildes bewusst. Es kann verschüttet oder verdrängt sein, aber nicht ausgelöscht werden. Es mag historische und kulturelle Einflüsse geben, die dieses innere Arztbild mitbestimmen, dennoch bleibt ein Kern, der sich nicht wandelt.

Am ehesten sind wir uns dieses Arztbildes bewusst, wenn wir beginnen unseren Beruf zu erlernen oder wenn wir anderen Ärzten begegnen, die dieses Bild beispielhaft leben.

Deswegen sind Ausbildung und Vorbilder für die Sozialisation des Arztes von eminenter und unverzichtbarer Wirkung.

Je mehr wir uns in unserem ärztlichen Handeln, Denken und Streben von diesem inneren Arzt entfernen, je größer die Differenz zwischen ihm und der Wirklichkeit wird, desto stärker entwickelt sich in uns ein Spannungsbogen, der für unser Unglücklichsein oder Unbehagen verantwortlich ist.

Alles was die Wirklichkeit des ärztlichen Lebens in Widerspruch zu dem zeitlosen Arzt in uns bringt, verstärkt diese verhängnisvolle Spannung, macht uns unzufrieden, freudlos und vielleicht auch krank. Alles was geeignet ist, diesen Widerspruch zu verringern, kann zur beruflichen und persönlichen Zufriedenheit beitragen. Dieser Auftrag

kann nicht einseitig adressiert werden: Er richtet sich an uns und unsere Lehrer, an unsere Patienten, an die politisch für das Gesundheitssystem Verantwortlichen, an die Gesellschaft mit ihren Ansprüchen und Utopien.

Insbesondere Berufsanfänger und jüngere Ärzte erleben die Ökonomisierung ihres Berufs als enttäuschend und traumatisch. Eine junge Kollegin schreibt, als „Geschichtenerzähler oder Jongleur“ komme sie sich vor, wenn sie statt Patienten zu betreuen, am Computer die für das Haus kostenträchtigste Hauptdiagnose zu finden versuche. „Nicht selten behandle ich nur Diagnosen auf dem Papier – und erreiche dabei gar nicht den Menschen“ klagt ein Berliner Assistenzarzt.

Vorgesetzte als Vorbilder haben Seltenheitswert. Eher stellt sich das Gefühl ein, gerade von ihnen in Stich gelassen zu werden. Eine junge Kollegin, die ihren Chef um Rat bat, weil sie mit ihrer Arbeit nicht zurecht kam, erhielt die knappe Empfehlung: „Dann reden Sie einfach weniger mit Ihren Patienten.“

„Man wird verbittert und verliert seine Menschlichkeit“ ist das Resümee eines Medizinstudenten im Rahmen einer Befragung der Uni Bochum. Ein anderer Studienteilnehmer stellt bündig fest: „Medizin studieren ist Masochismus“ ein verheerendes Fazit, da es als sicher gelten kann, dass die meisten Studienanfänger im Fach Medizin primär psychosozial interessiert und altruistisch ausgerichtet sind.

Eine Befragung im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes unter 5.750 niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachgruppen 2002 (2) ergab über deren berufliche Belastungen und ihr Befinden folgendes Bild:

- Durchschnittlich arbeiten die Ärzte 55 Stunden in der Woche und versorgen 255 Patienten.
- 59 Prozent der Ärzte geben an, ausgelagt zu sein,
- 49 Prozent haben Schlafdefizite, und
- 57 Prozent essen nicht regelmäßig.
- 20 Prozent sind oft sehr verzweifelt, und

- 26 Prozent würden am liebsten alles hinwerfen.
- Das Privatleben wird bei 69 Prozent der niedergelassenen Ärzte als unbefriedigend beschrieben, und
- nur 21 Prozent haben genügend Zeit zur Wahrnehmung persönlicher Interessen.

Sehen so glückliche Ärzte aus?

40–50 Prozent der approbierten Ärztinnen und Ärzte landen in nichtkurativen Sparten der Medizin: Gesundheitsökonomie, Forschung, Pharmaindustrie. Patientenferne als Fluchtweg vor einer beängstigenden Realität in Klinik und Praxis?

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems greift unvermeidbar tief in die Arzt-Patient-Beziehung ein.

Die Diagnosebildung, die klassischerweise auf sorgfältiger Anamneseerhebung, körperlicher Untersuchung und technischer Diagnostik beruht, wird mehr und mehr durch andere, nichtmedizinische, nämlich ökonomische Determinanten mitbestimmt, die kaum mehr im Interesse des Patienten, wohl aber des Krankenhausträgers oder der Kassen liegen. Nichtärztliche Faktoren interferieren bei Diagnosestellung und Therapie:

- Das Interesse der Kassen wächst, möglichst viele Kassenmitglieder mit komplizierten chronischen Krankheiten zu versichern, um vermehrt aus dem Gesundheitsfond Mittel abzuschöpfen. Der Druck auf die behandelnden Ärzte durch immer ausgefeiltere Codifizierung aus unkomplizierten chronisch Kranken, solche mit möglichst vielen Komplikationen und Nebenbefunden zu „erzeugen“ wächst. Das Schlagwort von den „Papier-Chronikern“, die den Gesundheitsfond zusätzlich belasten, ist in der Diskussion.
- Das DRG-System (Diagnosis Related Groups, d. h. diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnet ein im Kern ökonomisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die

Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet wurden. Diagnosen werden nunmehr codiert, nicht gestellt.

Es gibt berechtigte Zweifel daran, ob dieses aufwendige System sowohl das Diagnosespektrum wie auch die tatsächliche Behandlung zutreffend abbildet. Die Diagnosestellung als primär ärztliche Leistung interferiert nun erstmalig in wenig transparenter und fragwürdiger Weise mit ökonomischen Interessen.

Unter den ökonomischen Einflüssen spielt der Wettbewerb für Lebensgefühl und Berufszufriedenheit vor allem der Klinikärzte eine wesentliche Rolle. Wettbewerb in der Medizin ist politisch gewollt, wird gefördert und ist längst Realität (3). Devise: Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Empathie, Zuwendung, Eingehen auf den Kranken – rechnen sie sich? Menschliches Einfühlungsvermögen und Zuwendung sind nicht ökonomisierbar. Und überall wo es in der Ökonomie Gewinner gibt, gibt es zwangsläufig auch Verlierer. Meistens sind es die Schwächsten im System: die Patienten aber auch die Ärzte.

Kostendämpfung wird zum vorrangigen gesundheitspolitischen Ziel.

Die persönliche Begegnung mit dem kranken Menschen wird durch Arbeitsdichte, Druck zur Kostensenkung und „Verschlankung“ von Leistungen behindert. Dabei ist sicher, dass Personal-mangel und Überforderung das höchste Risiko für die Patientensicherheit darstellen.

Schon heute ist, nach Befragungen, die Sorge der Patienten groß, dass der Arzt der Zukunft viel mehr Gesundheitsmanager und Gesundheitsökonom als Therapeut und Heiler sein wird.

Der amerikanische Professionssoziologe Eliot Freidson hat Autonomie als die entscheidende Energiequelle jeder Profession herausgefunden: The very soul of professionalism. Aber der Gestaltungsspielraum in den Heilberufen wird enger und enger.

Hohe Verantwortung und geringe Kontrollmöglichkeiten kennzeichnen die berufliche Realität.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient, so die englischen Autoren Kornacki und Silversin, beruhe auf einem falschen Bündnis (4):

Die falsche Beziehung aus Sicht der Patienten

- Die moderne Medizin leistet Bemerkenswertes: Sie kann viele meiner Probleme lösen
- Du, der Arzt, kannst in mich hineinsehen und erkennst, was falsch ist
- Du weißt alles, was man wissen muss
- Du kannst meine Probleme lösen, sogar meine sozialen Probleme
- Daher gewähren wir dir einen hohen Status und ein gutes Einkommen.

Die falsche Beziehung aus Sicht der Ärzte

- Die moderne Medizin hat ihre Grenzen
- Noch schlimmer: sie ist gefährlich
- Wir können nicht alle Probleme lösen, besonders nicht die sozialen
- Ich weiß nicht alles, aber ich weiß, wie schwierig vieles ist
- Die Balance zwischen Helfen und Schaden ist schwierig
- Ich halte hierzu lieber meinen Mund, um meine Patienten nicht zu enttäuschen und meinen Status nicht zu gefährden

Der Vorschlag von Kornacki und Silversin für eine neue Beziehung lautet:

Patienten und Ärzte wissen gleichermaßen:

- Tod, Krankheit und Schmerzen sind Teil des Lebens
- Medizin hat ihre beschränkten Möglichkeiten, besonders beim Lösen sozialer Probleme und ist zudem riskant
- Ärzte wissen nicht alles: Sie brauchen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie psychologische Hilfen
- Wir sitzen alle in einem Boot
- Patienten können ihre Probleme nicht bei Ärzten abgeben
- Ärzte sollten ihre Grenzen kennen
- Politiker sollten blumige Versprechungen unterlassen und sich mit der Realität auseinandersetzen.

Die Inhalte dieser „neuen“ Beziehung erscheinen durchaus überlegenswert,

ihre Vermittlung allerdings (wie? durch wen?) wird nicht leicht sein.

Eine Patentlösung wird es nicht geben, nicht geben können. Ökonomisierung ist bei dem wirtschaftlichen Umfang des Gesundheitswesens nicht mehr verzichtbar. Es wird also vorwiegend um Begrenzungen gehen müssen. Grenzen sind dort erreicht, wo das primäre Ziel der Medizin, zu heilen oder zumindest zu helfen, aufgeweicht wird, wo der Patient nicht mehr Subjekt, sondern nur noch Objekt ist.

Als Ärzte sollten wir nicht nur immer fragen, wer und was alles zusammenwirken muss, um ein Klima in der Medizin zu verhindern, das unglücklich macht und lähmendes Unbehagen auslöst. Hier lassen sich viele Gruppen und Faktoren benennen. Wir müssen zuerst fragen, was wir selbst beitragen können.

Dazu wird es zunächst nötig sein, sich selbst und die eigene Profession kritisch zu analysieren. In einem der am meisten gelesenen Artikel des Deutschen Ärzteblattes hat der Arzt und Politologe Ekkehard Ruebsam-Simon 2002 ein Psychogramm des deutschen Arztes erstellt, das sicher nicht perfekt ist, aber der Realität in einer Weise nahe kommt, dass sie hilfreiche Folgerungen in Aussicht stellt (5):

- Individuation und Sozialisation der Ärzte fördern *isolierte* und *autistische* Verhaltensmuster.
- *Angstgesteuertes* Verhalten und Mangel an *Zivilcourage* sind bestimmende Reaktionen.
- Es finden sich Züge, die an das anklingen, was Erich Fromm als „Die Furcht vor der Freiheit“ beschrieben hat.
- *Solidarische* Verhaltensweisen tun sich schwer.
- Der Mut zur *Opposition* ist wenig ausgebildet.
- *Politisches Engagement* in einem ausgeprägt politisch bestimmten Beruf ist selten. Unter den rund 600 Bundestagsabgeordneten der letzten Legislaturperiode waren vier Ärzte, aber über 80 Juristen und über 70 Lehrer.
- In *Wirtschaftsfragen* sind Ärzte zu meist erschreckend unerfahren.

- In den Kliniken herrschen *dysfunktionale Hierarchien*, die Ausbildung dort führt dementsprechend zu weiterwirkendem autoritären Verhalten.
- Das *Ausbildungssystem* in der Medizin und der ärztliche Alltag in Klinik und Praxis zeigen vielfach nur eine mangelhafte Kompatibilität.

Ein englischer Hausarzt im Ruhestand, Julian Hart, hat eine bedenkenswerte und typische Bilanz seines Berufslebens gezogen: Das Medizinstudium habe ihn nicht besonders gut auf seine Tätigkeit als Assistenzarzt im Krankenhaus vorbereitet. Die Krankenhaus-tätigkeit wiederum sei nur eine unzulängliche Vorbereitung auf die Aufgaben als niedergelassener Allgemeinarzt gewesen. Eigentlich habe er dreimal eine Ausbildung als Arzt beginnen müssen.

Managementqualitäten und ökonomisches Denken, juristische Grundlagen, Kenntnis ethischer Prinzipien und kommunikatives Können werden dem Arzt aber verlangt, ohne dass er dafür eine systematische Ausbildung erfahren hat.

Wenn es darum geht, einem tiefgreifenden Unbehagen der Ärzteschaft in der Medizin entgegenzuwirken, stellt sich die Frage: Welcher Arzt ist gefragt? Die Antwort kann nur lauten: Der „gute Arzt“.

Der gute Arzt kennt Mut und Demut (6). Mut heißt in erster Linie Zivilcourage. Er hat den Mut, sich einem Wandel des ärztlichen Selbstbildes auszusetzen, und ist doch couragiert genug, sich drohenden institutionellen Einbindungen und Zwängen nicht kampflos zu unterwerfen. Wo er ökonomischen Pressionen ausgesetzt ist, beachtet er das Wohl seiner Patienten und Mitstreiter als unüberschreitbare Grenze. Er ist bemüht, zwischen vernünftigen Zukunftsvisionen der Wissenschaft und Utopien zu unterscheiden, die gegen Menschenwürde und menschliches Leben gerichtet sind. Er ist demütig, oder sagen wir unpathetischer bescheiden genug, seine eigenen Grenzen und die seiner Profession anzuerkennen.

Dieser Arzt ist zuerst Anwalt seiner Kranken.

Dieser Arzt ist ein starker Arzt. Jedenfalls kann er gemeinsam mit den anderen stärker sein, als er es in einem autistischen Eigenleben je vermutet hat.

Ich weiß nicht, ob dieser Arzt immer glücklich sein wird. Ich bezweifle es sogar. Aber ich bin sicher, er wird weniger unglücklich sein als viele der heutigen Ärzte. Und dies wird mit Sicherheit auch seiner Gesundheit zugutekommen und der Zufriedenheit seiner Patienten. □

#### Literatur

- [1] Smith, R.: *Why are doctors so unhappy?*  
*BMJ Volume 322 5 May 2001 1073–1074*
- [2] Gebuhr, K.: *Brendan-Schmittmann-Stiftung: Die vertragsärztliche Gegenwart im Lichte des Burnout-Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Meinung*, Berlin, Mai 2002.
- [3] Leidner, O.: *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Was sieht nicht rechnet, findet nicht statt*. *Dtsch. Ärzteblatt* 2009; 106, Heft 28–29, 1208–1212
- [4] Edwards, H., Kornacki, M. J., Silversin, J.: *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* *BMJ*. 2002 April 6; 324(7341): 835–838.
- [5] Ruebsam-Simon, E.: *Arztberuf in der Krise: Veränderung beginnt im Kopf*. *Dtsch. Ärzteblatt* 2002; 99(43): A-2840 / B-2415 / C-2261
- [6] Geisler, L. S.: *Der gute Arzt. Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal?*  
Symposium am 24. März 2004 in Werneck.  
[http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter\\_arzt.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html)

Linus S. Geisler:

„Unhappy Doctors“

– Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten, Gesellschaft

Vortrag anlässlich des Kammerkolloquiums der Ärztekammer Nordrhein:

Damit der Job nicht krank macht – Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten.

Düsseldorf, 22. August 2009.

URL:

[http://www.linus-geisler.de/vortraege/0908aekno\\_unhappy-doctors.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0908aekno_unhappy-doctors.html)

© beim Autor

## 23. Heidelberger Gespräch 2010

Wissenschaftliche Fortbildungstagung für Ärzte und Juristen aus den Bereichen Sozialmedizin und Sozialrecht, veranstaltet vom Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg und der Fachzeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ des Gentner Verlages

Heidelberger  
§ Gespräch §



**Mittwoch, 6. Oktober 2010**, Beginn 13.00 Uhr  
**Donnerstag, 7. Oktober 2010**, Ende gegen 14.30 Uhr  
im Hörsaal des Pathologischen Instituts der Universität Heidelberg

### Vorgesehene Themen:

- **Aktuelle Erkenntnisse für die Begutachtung**
  - Fibromyalgie
  - HWS-„Schleudertrauma“
  - Multiple chemische Sensibilität
- **Ladung des medizinischen Sachverständigen zur Erläuterung eines Gutachtens**
- **Passivrauchen als Ursache für eine Berufskrankheit?**
- **Versorgung mit Hilfsmitteln**
- **Das Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarktes**

Zertifizierung für Ärzte bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg beantragt.

#### Kongressbüro, Anmeldung und Auskunft:

Gentner Verlag Stuttgart • Frau Regina Schönfeld • Postfach 10 17 42 • 70015 Stuttgart  
Telefon: 0711/63672-852 Telefax: 0711/63672711 • E-Mail: [schoenfeld@gentner.de](mailto:schoenfeld@gentner.de) • [www.heidelberger-gespraech.de](http://www.heidelberger-gespraech.de)

# Neue Informationsangebote für Handekzem-Patienten

Ab sofort bietet die neue Internetplattform [www.hand-ekzem.de](http://www.hand-ekzem.de) interessante und umfangreiche Informationen rund um das Thema Handekzem an. Das neutral gestaltete Portal der Basilea Pharmaceutica Deutschland GmbH soll den Betroffenen die Möglichkeit geben, sich umfassend über ihre Erkrankung zu informieren und sich optimal auf den Besuch beim Dermatologen vorzubereiten. Parallel dazu wurde eine Broschüre mit den Inhalten der Plattform zur Abgabe an die Patienten erstellt, die der Arzt kostenfrei über den Außendienst beziehen kann.

Gerade junge Erwachsene und Patienten in mittleren Jahren zeigen steigendes Interesse an den Hintergründen ihrer Erkrankung. Selbstinformationen zur Ergänzung des Arztgesprächs, insbesondere im Internet, gewinnen daher an Bedeutung. Die Webseite [www.hand-ekzem.de](http://www.hand-ekzem.de) wurde eingerichtet, um Patienten über die verschiedenen Aspekte des Handekzems zu informieren.

## Informationsplattform für Patienten

Eine ausführliche Vorbereitung des Patienten auf den Arztbesuch erleichtert die Diagnosestellung. Für Neuerkrankte werden deshalb neben einführenden Informationen Tools, wie beispielsweise ein Selbsttest, angeboten. Ein Fragenkatalog unterstützt den Patienten bei der Vorbereitung des Gesprächs mit dem Dermatologen.

Um die Gefahr einer Chronifizierung zu verringern, wird den Patienten ein frühzeitiger Arztbesuch nahegelegt. Außerdem bietet das Portal zahlreiche Tipps für den richtigen Umgang mit der Erkrankung im Alltag. Neben den medizinischen Aspekten des Handekzems

stehen die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen im Fokus. So werden der Stellenwert des Handekzems als verbreitete Berufskrankheit thematisiert, Präventionsprogramme für gefährdete Berufsgruppen und Anlaufstellen für Betroffene aufgelistet. Relevante Fachbegriffe sind in einem Glossar laiengerecht erklärt.

„Patienten mit einem chronischen Handekzem sind bei manuellen Tätigkeiten stark benachteiligt, da sie ihre Hände manchmal nicht einmal für einfachste Alltagsaktivitäten, wie z. B. tippen oder Autofahren, nutzen können. Diese Einschränkungen können dazu führen, dass sich Patienten krankschreiben lassen oder sogar ganz ihren Beruf aufgeben – und dies noch zusätzlich zu den Schwierigkeiten bei normalen Haushalts- und Freizeitaktivitäten. Wenn man sich diese beträchtlichen Einschnitte in die Lebensqualität der Patienten vergegenwärtigt, wird deutlich, dass jede Information und jede Schulung für die Betroffenen äußerst wertvoll ist“, so Prof. Thomas Diepgen, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Klinische Sozialmedizin, Berufs- und Umweltdermatologie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Die online verfügbaren Inhalte wurden ebenfalls in der attraktiv gestalteten Broschüre „Endlich wieder freie Hand“ zur Abgabe an den Patienten zusammengefasst.

Zusätzlich zu den allgemeinen Informationen zur Erkrankung bietet Basilea Pharmaceutica Deutschland zwei weitere Patientenbroschüren für Dermatologen an: Das Begleitheft „Tipps zu Ihrer Therapie mit Toctino®“ unterstützt die Compliance bei der Behandlung und bietet unter anderem Möglichkeiten zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs und der Verträglichkeit.

## 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)

### Redaktion

Dr. med. R. Hess-Gräfenberg  
Dr. med. A. Schoeller  
Dr. med. M. Stichert  
Dr. med. M. Vollmer

### 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

Wie alle Vitamin-A-Derivate ist auch Toctino® teratogen. Bei Anwenderinnen im gebärfähigen Alter ist daher die Befolgung des obligaten Schwangerschaftspräventionsprogramms Voraussetzung. Alle wichtigen Informationen hierzu sind in der Broschüre „Toctino® – Was Sie wissen müssen“ zusammengestellt.

## Über Toctino®

Toctino® (Alitretinoin) steht seit November 2008 für die Behandlung des schweren chronischen Handekzems, das nicht auf potente topische Kortikosteroide anspricht, zur oralen Therapie zur Verfügung. Das Vitamin-A-Derivat zeichnet sich durch eine hohe Abheilungsrate und ein effektives Langzeitmanagement aus. Die Leitlinie „Management von Handekzemen“ empfiehlt die frühzeitige Einleitung einer systemischen Therapie mit Alitretinoin ab Stufe 2 des Behandlungsschemas. □