

Editorial

Netze knüpfen

– wie Hausärzte und Betriebsärzte gemeinsam für Gesundheit kooperieren können.

Liebe Leserinnen und Leser,

mit ein paar Überlegungen zum aktuellen Themenheft „Kooperation von Hausärzten und Betriebsärzten“ möchte ich mich als neues Redaktionsmitglied vorstellen.

Nach langen Jahren als Internistin in einer Klinik, zuletzt in der Notaufnahme, sowie als Feuerwehr-Notärztin habe ich bewusst die Seite gewechselt: von der kurativen zur präventiven Medizin.

In der Notaufnahme und besonders im Notarztdienst hatte ich häufig das Gefühl „5 vor 12“ oder manchmal auch „5 nach 12“ tätig zu sein. Nach all den Erfahrungen mit zum Teil finalen Krankheitszuständen wollte ich daran arbeiten, diese zu verhindern: von der Pathogenese zur Salutogenese.

Die Betriebsmedizin scheint dafür das geeignete Betätigungsfeld – sie ist die Präventive Medizin par excellence.

Eine Eigenschaft habe ich mir aber aus meinem vorherigen Berufsleben bewahrt – die Lust am Netzwerken. Ohne schnelle Kontakte und kollegialem Informationsaustausch zu den Hausärzten und Fachärzten, anderen Klinikärzten oder Pflegediensten wäre ich als Ambulanz- und Notärztin meiner Aufgabe, nämlich der kompetenten und schnellen Patientenversorgung nicht gerecht geworden.

Dieses Netzwerken im Sinne einer gelebten integrierte Versorgung ist gerade auch für die Arbeit einer Betriebsärztin von allergrößter Bedeutung.

- Betriebsärzte stehen in Kontakt zu Beschäftigten, noch bevor diese zu Patienten werden.
- Betriebsärzte beobachten und beurteilen Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit am Arbeitsplatz.
- Betriebsärzte erheben früh Gesundheitsdaten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und können daher zu präventiven Maßnahmen raten.

Dieses Wissen muss mit Hausärzten als Kurativversorgern mit „Präventionsantenne“ ausgetauscht werden. Gemeinsam lassen sich Behandlungsstrategien und schließlich auch Rehabilitationsmaßnahmen erfolgreich organisieren. Ziel: Gesundheit und Berufsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten.

Inhalt

Editorial

- Mit Überlegungen zum aktuellen Themenheft „Kooperation von Hausärzten und Betriebsärzten“ befasst sich Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek **129**

Praxis

- Präventionspfade – Der Weg zur sektorübergreifenden Kooperation zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und Fachärzten **131**
- Vom ärztlichen Attest zur tragfähigen Lösung im Betrieb **134**
- Erfolgreichen Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Niedergelassenen – warum ist das so schwer? **137**
- Nur Mut! – Hautkrebscreening im Betrieb **140**
- Altersgerechte Arbeitsbedingungen – ein europäisches Thema **142**
- Influenza-Monatsbericht **143**

Impressum **144**

Regional haben sich solche Netzwerke der Kommunikation bereits entwickelt. Da betriebsärztliche Dienste immer mehr mit psychischen Erkrankungen konfrontiert werden, haben wir in Düsseldorf eine regelmäßige Fallkonferenz gegründet, zu der sich Betriebsärzte mit Psychiatern und Psychotherapeuten treffen. Neben Fortbildung und fachlichem Austausch können dort auch schnelle individuelle Hilfen organisiert werden.



Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek
Fachärztin für Innere Medizin,
Betriebsmedizin und Notfallmedizin
E-Mail: u.hein-rusinek@gmx.de

Bei kombinierter Dyslipidämie und primärer Hypercholesterinämie kommt das Risiko aus mehreren Richtungen.

Multidimensionale Lipidtherapie. Senkt LDL-C*. Senkt TG*. Steigert HDL-C*.¹



Tredaptive®

Nicotinsäure/Laropirant, MSD
Tabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung

Multidimensionale Lipidtherapie

Die Anwendungsgebiete von TREDAPTIVE® entnehmen Sie der unten angefügten Basisinformation. Bitte lesen Sie vor Therapiebeginn die vollständige Fachinformation!

* LDL-C=Low Density Lipoprotein Cholesterin; TG=Triglyzeride; HDL-C=High Density Lipoprotein Cholesterin.
¹ TREDAPTIVE®-Fachinformation (Stand 01/2010).



TREDAPTIVE®

TREDAPTIVE® 1000 mg/20 mg Tabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung

Wirkstoffe: Nicotinsäure/Laropirant. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Tablette enthält 1000 mg Nicotinsäure und 20 mg Laropirant. **Sonstige Bestandteile:** Hypromellose (E 464), hochdisperses Siliciumdioxid (E 551), Natriumstearylfumarat, Hydrolyse (E 463), mikrokristalline Cellulose (E 460), Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen, insbesondere bei kombinierter Dyslipidämie, die durch erhöhtes LDL-Cholesterin und erhöhte Triglyzeride sowie niedrige HDL-Cholesterin-Werte gekennzeichnet ist, und bei primärer Hypercholesterinämie (heterozygote familiäre und nicht familiäre). In Kombination mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen), wenn die cholesterinsenkende Wirkung einer HMG-CoA-Reduktase-Hemmer-Monotherapie unzureichend ist. Als Monotherapie nur, wenn HMG-CoA-Reduktase-Hemmer als nicht geeignet erachtet werden oder nicht vertragen werden. Diäten oder andere nicht pharmakologische Behandlungen (z. B. Bewegung, Gewichtsreduktion) sollten während der Therapie mit Tredaptive fortgesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, signifikante oder unklare Leberfunktionsstörung, akute Magengeschwüre, arterielle Blutungen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Nicht empfohlen. **Kinder:** Nicht empfohlen. **Warnhinweise:** 1 Tablette enthält 128,4 mg Lactose-Monohydrat. **Nebenwirkungen:** Erhöhungen von ALT und/oder AST (≥ dem 3-fachen des oberen Normwertes in Folge), Erhöhungen des Nüchternblutzuckers, Erhöhungen der Harnsäure; Erhöhungen von CK (≥ dem 10-fachen des oberen Normwertes), Erhöhungen von Gesamt-Bilirubin, erniedrigte Werte von Phosphat und der Thrombozytenzahl; Schwindel, Kopfschmerzen, Parästhesien; Diarrhö, Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen; Erythem, Pruritus, Ausschlag, Urtikaria; Flush; Hitzegefühl; Überempfindlichkeitsreaktionen (durch verschiedene Symptome gekennzeichnet, u. a.: Angioödem, Pruritus, Erythem, Parästhesien, Ohnmacht, Erbrechen, Urtikaria, Flush, Dyspnoe, Übelkeit, Ham- und Stuhlinkontinenz, kalter Schweiß, Zittern, Schüttelfrost, erhöhter Blutdruck, Schwellung der Lippen, brennendes Gefühl an der Haut, Arzneimittelallergie, Arthralgie, geschwollene Beine und Tachykardie). Erhöhte Werte von LDH, Nüchternblutzucker, Harnsäure, Gesamt-Bilirubin und Amylase, bei Diabetikern Anstieg des HbA1c. **Nicotinsäure-bedingte Nebenwirkungen:** Vorhofflimmern und andere kardiale Arrhythmien, Palpitationen, Tachykardie; Migräne, Synkope; zystoides Makulaödem, toxische Amblyopie; Dyspnoe; Bauchschmerzen, Ödem in der Mundhöhle, Aufstoßen, peptisches Ulkus; Acanthosis nigricans, trockene Haut, Hyperpigmentierung, makulärer Ausschlag, Schwitzen (nachts oder kalter Schweiß), vesikulärer Ausschlag; Muskelschwäche, Myalgie; verminderte Glukosetoleranz; Gicht; Rhinitis; Hypotonie, orthostatische Hypotonie; Asthenie, Schüttelfrost, Gesichtsoedem, generalisiertes Ödem, Schmerz, peripheres Ödem; Angioödem, Überempfindlichkeitsreaktion Typ I; Gelbsucht; Angstgefühl, Schlaflosigkeit. **Dosierung:** Initial 1000 mg Nicotinsäure/20 mg Laropirant einmal täglich. Erhaltungsdosis (nach 4 Wochen) 2000 mg/40 mg. Dosierungen über 2000 mg/40 mg werden nicht empfohlen. Einnahme mit dem Essen am Abend oder vor dem Schlafengehen. Tabletten nicht teilen, zerbrechen, zerkleinern oder zerkauen. Um das Auftreten eines möglichen Flush zu verhindern, Konsum von Alkohol, Heißgetränken oder stark gewürzten Speisen zum Zeitpunkt der Arzneimittelaufnahme vermeiden. Bei Therapieunterbrechung unter 7 Tage in Folge Therapie mit der zuletzt verordneten Dosis wieder aufnehmen. Bei längerer Unterbrechung mit 1000 mg/20 mg beginnen, dann auf 2000 mg/40 mg erhöhen. Umstellung von einem Nicotinsäurepräparat in retardierter Form von 2000 mg oder mehr: initial 2000 mg/40 mg; Umstellung von einer niedrigeren Dosis als 2000 mg: initial 1000 mg/20 mg, nach 4 Wochen 2000 mg/40 mg. Umstellung von einem schnell freisetzenden Nicotinsäurepräparat: initial 1000 mg/20 mg, nach 4 Wochen 2000 mg/40 mg. Patienten mit Niereninsuffizienz: mit Vorsicht anwenden. Anionenaustauscherharze: Tredaptive mehr als 1 Stunde vor oder mehr als 4 Stunden nach Einnahme von Anionenaustauscherharzen einnehmen. **Packungsgrößen:** 28 Tabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung; 98 Tabletten mit retardierter Wirkstofffreisetzung; KP. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 01/2010a

Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird.

Pharmazeutischer Unternehmer: Deutsche Vertretung: Merck, Sharp & Dohme Ltd. Hertford Road, Hoddesdon Hertfordshire, EN 11 9BU Vereinigtes Königreich
MSD SHARP & DOHME GMBH Lindenplatz 1, 85540 Haar

Mitvertrieb: MSD CHIBROPHARM GMBH, 85530 Haar DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH, 85530 Haar CHIBRET PHARMAZEUTISCHE GMBH, 85530 Haar VARIPHARM ARZNEIMITTEL GMBH, 85530 Haar

MSD Infocenter
Tel.: 0800 673 58 38
Fax: 0800 673 673 329
E-Mail: infocenter@msd.de

univadis®
medical and more
Tel.: 0800 673 0 673 E-Mail: info@univadis.de

Bisher aber wurden Betriebsärzte in offizielle Konzepte zur integrierten Versorgung kaum einbezogen. Das Projekt „Ärzte und Betrieb“ ist eine Kooperation der Bertelsmann-Stiftung, des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, dem Zentrum für Versorgungsforschung sowie vielen Experten aus dem betriebsärztlichen und hausärztlichen Bereich. Sie haben in Anlehnung an „Behandlungspfade“ (clinical pathways) „Präventionspfade“ entwickelt, um die Zusammenarbeit von Hausarzt und Betriebsarzt strukturiert zu ermöglichen (Bertelsmann-Stiftung 2009).

Kürzere Wege und schnellere Behandlungen sind Ziele dieser Präventionspfade. Diese führen hausärztliche Behandlung und betriebsärztliche Betreuung zusammen und fördern so Synergien.

Im Zeichen eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems wird dieses Angebot weiterentwickelt und geht über Gesundheits-Checks, Ernährungs- und Bewegungsberatung, Raucherentwöhnung und Stressbewältigungstraining weit hinaus. Maßnahmen der Arbeitsorganisation und Fortbildungen im Rahmen geplanter Personalentwicklung müssen die Menschen auch im Laufe eines von Krankheiten begleiteten Berufslebens unterstützen – auf dem Berufsweg bis zur Rente mit 65, mit 67 oder welches Eintrittsalter die Politik auch immer entscheiden wird.

Vernetzungen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren unseres Gesundheitswesens sind notwendig, um das System effizienter zu gestalten. Dazu gehören auch definierte Vergütungsstrukturen solcher Kooperationen.

Inhalt unserer medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung: Solche Kooperationsformen an den Schnittstellen der unterschiedlichen Leistungserbringer aufzuzeigen!

Wir müssen lernen, Netze zu knüpfen. Ergebnis wäre eine win-win-Situation mit Benefits für die Beschäftigten bzw. Patienten, für die Hausärzte und für uns Betriebsärzte!

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek
Fachärztin für Innere Medizin,
Betriebsmedizin und Notfallmedizin
E-Mail: u.hein-rusinek@gmx.de

Präventionspfade – Der Weg zur sektorübergreifenden Kooperation

Zusammenarbeit Betriebsärzte mit Allgemeinärzten und Fachärzten

Um eine Kooperation möglich zu machen, müssen sich auch die verschiedenen Leistungserbringer auf eine Zusammenarbeit einigen. Denn nur, wenn alle Beteiligten gemeinsam an der Verbesserung der Kooperation arbeiten, können die Bemühungen überhaupt Erfolg haben. Das deutsche Gesundheitswesen hat dabei alle Potenziale, die erforderlich sind, um neue Versorgungsstrukturen umzusetzen, es bedarf aber nach wie vor der Eigeninitiative.

Wenn die Kooperation von Haus-, Fach- und Betriebsärzten mittels „Präventionspfade“ auf regionaler Ebene intensiviert wird, profitieren alle – und nicht etwa nur die Unternehmen und Krankenkassen, für welche gesunde Beschäftigte weniger Fehlzeiten und geringere Kosten bedeuten. Denn auch Patienten und Ärzte werden Vorteile haben, die sich in unterschiedlicher Weise äußern können. Eine bessere Kooperation von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten führt zu einer erheblich verbesserten Versorgungsqualität der Patienten.

Präventionspfade

Um eine Kooperation zu strukturieren oder gar möglich zu machen, sind zu beschreibende Präventionspfade sehr hilfreich. Deswegen hat die Bertelsmann-Stiftung und die Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln in Kooperation mit dem Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) unter Einbezug von Experten aus dem betriebsärztlichen und hausärztlichen Bereich Präventionspfade entwickelt, welche nun einladen, angewendet zu werden (Bertelsmann-Stiftung, 2009).

Formulierte Standards

Die in den Präventionspfaden formulierten Standards, die die jeweiligen Aufgaben der Beteiligten abstimmen, erfolgt in Anlehnung an die geläufigen „Behandlungspfade“ (clinical pathways) für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Form sogenannter „Präventionspfade“. Diese Präventionspfade klären die Zuständigkeiten und stimmen die gesundheitsförderlichen, präventiven und gegebenenfalls kurativen Prozesse ab. Außerdem stellen sie die Struktur für die Kooperationen zur Verfügung. Durch diese Struktur wissen die Beteiligten zu jeder Zeit, wo sie genau stehen und wel-

che Aufgaben aktuell erledigt werden müssen. Gleichzeitig kann der Einzelne besser nachvollziehen, welche Maßnahmen bereits von den anderen Beteiligten durchgeführt worden sind. Die Präventionspfade sind so gestaltet, dass genügend Spielraum für die regionalen Akteure bleibt, der Dokumentationsaufwand reduziert wird und leicht Anreize formuliert werden können, die die Akzeptanz bei allen Beteiligten gewährleisten.

Ziele

Die grundsätzlichen Ziele sind kürzere Wege und schnellere Behandlungen. Die neue Transparenz ermöglicht es

Schematische Darstellung von Präventionspfaden

Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten

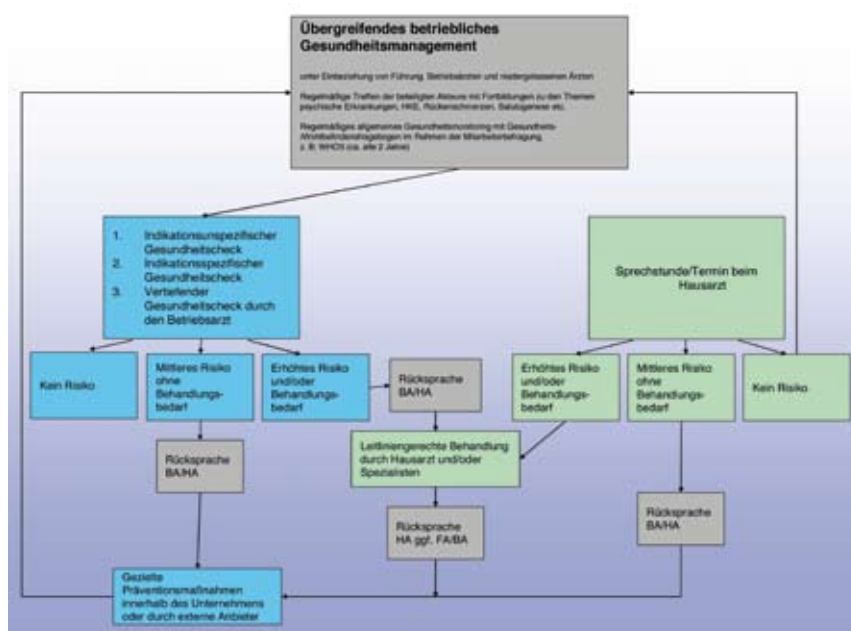


Abbildung 1: Der Präventionspfad regelt die Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten und ihre jeweiligen Tätigkeitsbereiche. Der Tätigkeitsbereich des Betriebsarztes ist in der Abbildung hellblau hervorgehoben, der des Hausarztes hellgrün. Die Bereiche, in denen Haus- und Betriebsärzte miteinander kooperieren, sind dunkelgrau unterlegt (In Anlehnung an die Präventionspfade der Bertelsmannstiftung, 2009)

zudem, das Ursachenspektrum für Erkrankungen aus einem viel größeren Blickwinkel zu betrachten. Darüber hinaus ist der Patient eher geneigt, empfohlene Untersuchungen durchführen zu lassen, wenn die Akteure vernetzt sind und ihn gemeinsam unterstützen. Werden die Maßnahmen in ein übergreifendes betriebliches Gesundheitsmanagement eingebunden, haben überdies die Beschäftigten eines Unternehmens und deren Angehörige einen besseren Zugang zur Gesundheitsförderung und zu spezifischen Präventionsmaßnahmen.

aller weiteren mit Gesundheitsmanagementprozessen betrauten inner- und außerbetrieblichen Beteiligten erforderlich. Die von betrieblicher Seite mit dem Gesundheitsmanagement betrauten Personen, also beispielsweise die Arbeitsmediziner, sind bei der Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen federführend. Eine Förderung durch die Unternehmen, in denen das Konzept umgesetzt wird, ist dabei unerlässlich. Unternehmensführung und Abteilungsleiter müssen ebenso wie die Mitarbeiter einbezogen werden.



Kernelement der Präventionspfade

Kernelement der Präventionspfade ist das „übergreifende betriebliche Gesundheitsmanagement“, das in Abbildung 1 an zentraler Stelle angeordnet ist. Dieses Element beinhaltet die Grundinfrastruktur und damit sowohl ein regelmäßiges Gesundheitsmonitoring als auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher, ressourcenstärkender Arbeitsbedingungen sowie den Zugang zu inner- und außerbetrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten wie etwa Bewegungs- und Ernährungsprogramme.

Dies macht die Zusammenarbeit von Arbeitsmedizinern, Hausärzten, Krankenkassen, Unternehmensführung und

Check-ups / Screenings

Im Rahmen dieses Modells sind die regelmäßig zu wiederholenden populations- und anlassbezogenen Gesundheits-Check-ups oder Screenings der erste Bestandteil der betriebsärztlichen Tätigkeit. Die Inhalte der Check-ups/Screenings variieren naturgemäß mit der jeweiligen Indikation. Feste Bestandteile sollten aber Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und ein Fragebogen zur subjektiven Gesundheit sein. Im Rahmen des Screenings/Checkups erfolgt die Einteilung der Patienten in Risikogruppen. Je nach Indikation und Höhe des Risikos wird der Patient je nach Präventions- und Behandlungsbedarf durch das System geführt.

Präventionspfade für Betriebsärzte

Ein Bestandteil der arbeitsmedizinischen Tätigkeit ist die Auswahl geeigneter Präventionsprogramme, die Überführung der Patienten in diese Programme sowie gegebenenfalls ihre Durchführung. Je nach Art der Präventionsmaßnahmen können diese entweder im Betrieb, durch den Betriebsarzt oder durch externe Anbieter angeboten werden. Der Betriebsarzt kann unterstützend mit dem Mitarbeiter eine Zielvereinbarung treffen, falls dieser das wünscht, sowie Informationsmaterial zur Verfügung stellen.

Darüber hinaus kann der Betriebsarzt den Mitarbeiter auch an ein Programm wie beispielsweise Ernährungsberatung oder Raucherentwöhnung verweisen, das extern angeboten wird und dessen Kosten (anteilig) von Krankenkasse oder Betrieb getragen wird.

Um die Ressourcen weiter zu stärken, ist auch denkbar, dass der Betriebsarzt im Unternehmen ein Stressbewältigungstraining anregt, sofern der Mitarbeiter zum Beispiel äußert, dass er lernen möchte, besser mit Stress umzugehen. Allerdings sollte auf keinen Fall auf der individuellen Ebene nur das kompensiert werden, was eigentlich Aufgabe der betrieblichen Arbeitsorganisation ist.

Präventionspfade für Hausärzte

Das Modell sieht für den Hausarzt ebenfalls zwei Kerntätigkeitsbereiche vor. Diese unterscheiden sich im Wesentlichen nicht von seiner normalen Tätigkeit, sind jedoch um einen präventiven Aspekt erweitert und so im Modell ein Spiegelbild der Tätigkeit des Betriebsarztes. Auch der Hausarzt nimmt demnach im Rahmen der Sprechstunde – analog zum Vorgehen des Betriebsarztes – eine Risikobestimmung vor. Je nach Indikation und Höhe des Risikos

- wird der Patient auch hier leitliniengerecht behandelt, entweder durch den Hausarzt oder einen Spezialisten (Behandlungsbedarf),

- einer gezielten Präventionsmaßnahme innerhalb des Unternehmens durch den Betriebsarzt oder durch externe Anbieter zugeführt (bei Vorliegen von Risikofaktoren und unterstützend bei Behandlungsbedarf),
- oder nur auf das Angebot, das im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Verfügung gestellt wird, hingewiesen, ohne Maßnahmen ergreifen zu müssen (kein spezifisches Krankheitsrisiko).

Zusammenarbeit

Damit der Hausarzt die vorgesehene Vermittlung an gezielte Präventionsmaßnahmen vornehmen kann, muss er über das aktuelle betriebliche Angebot in Kenntnis gesetzt werden und die betrieblichen Strukturen kennen. Die leitliniengerechte Behandlung wird durch den Hausarzt initiiert, der bei Bedarf wie gewohnt Fachärzte in die Therapie einbindet.

Wird der Mitarbeiter an den Hausarzt überstellt, sieht das Modell mindestens zweimal einen Kontakt zwischen Haus- und Betriebsarzt vor, im Falle einer vom Hausarzt initiierten leitliniengerechten Therapie von Risikofaktoren haben die beiden Ärzte mindestens einmal Kontakt. Initiieren Betriebsarzt oder Hausarzt gezielte Präventionsmaßnahmen innerhalb des Unternehmens, so haben sie mindestens einmal miteinander Kontakt, um diese Maßnahmen abzustimmen. Der Informationsaustausch erfolgt wahlweise telefonisch, in formalisiert-schriftlicher Form oder unterstützenden Telefonaten.

Tätigkeitsprofil

Vor der Aufnahme einer leitliniengerechten Therapie sollte der Betriebsarzt, falls notwendig, dem Hausarzt ein Tätigkeitsprofil übermitteln, um die Therapie von beiden Ärzten gemeinsam abstimmen zu lassen. Ist die Therapie dann abgeschlossen, erhält der Betriebsarzt die aktuellen Befunde. Grundsätzlich muss der Informationsaustausch natürlich nicht auf diese beiden Kontakte beschränkt bleiben.

Elektronische Gesundheitskarte

Vielmehr sollte der Informationsaustausch als kontinuierlicher Prozess betrachtet werden: Die elektronische Gesundheitskarte könnte bei entsprechender Ausgestaltung den Ärzten die relevanten Informationen bei jedem Besuch zugänglich machen. Bislang haben jedoch Betriebsärzte kein Zugriffsrecht auf die elektronische Gesundheitskarte. Das Ziel ist die langfristige Zusammenarbeit der Beteiligten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Toolboxen für Betriebsärzte und Hausärzte

Die Toolbox für Hausärzte und Betriebsärzte wurden für die Umsetzung der Präventionspfade in der Praxis entwickelt. Diese Toolboxen einschließlich der Formulare zum Informationsaustausch zwischen den beteiligten Ärzten, Gebrauchsanleitungen und übersichtliche Patientinformationen finden sie im Internet unter www.aerzte-und-betrieb.de. Der Schwerpunkt der Toolbox ist die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Außerdem beinhaltet sie ein kleines Modul zur Früherkennung psychischer und arbeitsbezogener Belastungen. Die Toolbox soll den Ärzten dabei helfen, das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie auch psychischen Erkrankungen bei ihren Klienten gemeinsam mit der jeweils anderen Ärztesgruppe zu verhindern. Der jeweiligen Toolbox für Betriebsärzte und Hausärzte liegt das gleiche Ablaufschema zugrunde: Die Toolbox für Betriebsärzte konkretisiert die Tätigkeiten der Betriebsärzte, die Toolbox für Hausärzte diejenigen der Hausärzte. Die Toolbox ist auch ein praktischer Leitfaden zur Präventiv-Versorgung der Patienten / Mitarbeiter. Das zusammengestellte Material unterstützt die Ärztin, den Arzt bei der präventiven Risikobestimmung im Rahmen von betrieblichen Check-ups, Screenings oder Ein-

stellungsuntersuchungen. Das Material unterstützt darüber hinaus bei der effektiven und transparenten Beratung der Patienten. So kann gemeinsam mit den Patienten ein individuelles Präventionskonzept entworfen werden.



Materialien / Formulare

Die Formulare sind zudem so konzipiert, dass die Hausärzte mit den Betriebsärzten gezielte Informationen schnell und einfach austauschen können – zum Wohle des Patienten, denn dessen Versorgung wird deutlich verbessert. Liegen zum Beispiel Risiken für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung vor, kann der Betriebsarzt nach Absprache mit dem Hausarzt präventive Maßnahmen mit dem Klienten vereinbaren. Besteht Behandlungsbedarf, kann der Mitarbeiter schnellstmöglich und verlässlich an den Hausarzt übermittelt werden, so dass dieser – weil er die Ergebnisse der vorangehenden Untersuchung kennt – die Behandlung durchführen kann. Beziehbar sind diese Formulare unter www.aerzte-und-betrieb.de.

Im Hinblick auf die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen ist die Umsetzung der Präventionspfade grundsätzlich durchführbar. Sollen jedoch zur Unterstützung des Konzepts Anreize finanzieller Art erwogen werden, was bei dem anfänglichen Mehraufwand für die niedergelassenen Ärzte anzuraten ist, müssten in jedem Fall

spezielle Verträge zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern abgeschlossen werden. Dies stellt auch die Verlässlichkeit der Maßnahmen zusätzlich sicher.

Die Anwendung der Präventionspfade kann durch einige Faktoren erheblich erleichtert werden. Dazu zählt zuallererst ein existierendes und funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement mit mindestens einem Verantwortlichen. Dieser muss bereit sein, die jeweiligen Partner zusammenzubringen und den Implementierungsprozess mittelfristig zu begleiten.

Unternehmenskultur

Hilfreich ist daneben eine Unternehmenskultur, die sich offensiv mit dem Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ auseinandersetzt. Die Belastungen der Mitarbeiter am Arbeitsplatz müssen genauso als Gesundheitsrisiko erkannt werden wie das gesundheitsförderliche Potenzial, das eine „gute Arbeit“ und eine „fortschrittliche Unternehmenspolitik“ mit sich bringt.

Einbindung der GKV

Neben den initiiierenden Unternehmen sollten auch alle anderen Beteiligten Interesse und Engagement für die Umsetzung mitbringen. Im günstigsten Fall kann eine umsetzungswillige Krankenkasse eingebunden werden, die zugleich in der Lage ist, den Leistungserbringern finanzielle Anreize für die Umsetzung zu bieten. Grundsätzlich ist zwar eine Umsetzung auch ohne Krankenkasse möglich, doch wenn sie mit einbezogen ist, erhöht dies die Verlässlichkeit der Zusammenarbeit der übrigen Beteiligten deutlich.

Regionale Ärzte-Netzwerke

Darüber hinaus ist ein regionales Ärztenetzwerk oder ein ähnlicher Zusammenschluss der Leistungserbringer förderlich. Dies hat den Vorteil, dass die beteiligten Ärzte einen Vertreter benennen und so mit „einer Stimme“ sprechen. Krankenkassen und Betriebe könnten auf diese Weise gemeinsam mit dem Ansprechpartner an der konkreten Umsetzung arbeiten und weitere Beteiligte wie etwa Rehabilitationseinrichtungen, Psychologen oder

Anbieter von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Prozess einbeziehen.

Evaluation

Grundsätzlich sollten die Ergebnisse und die Qualität der jeweiligen Initiative gemessen werden. In aller Regel können bereits mit den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherer aussagekräftige Ergebnisse festgehalten werden und so geringere Zusatzkosten nur durch die Datenaufbereitung und Analyse verursacht werden. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Verfahren von vielen Betriebs- und Hausärzten angewandt wird. □

Dr. Annegret E. Schoeller
Bundesärztekammer
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Berlin

Literatur

- Bertelsmann-Stiftung (2009): *Ärzte und Betrieb: Gemeinsam für die Gesundheit. Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsvorsorge*, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, 3–26
Internetadressen und -quellen;
www.aerzte-und-betrieb.de (10. 08. 2010)

Vom ärztlichen Attest zur tragfähigen Lösung im Betrieb

Hausarzt und Betriebsarzt: Nicht nebeneinander, sondern miteinander

Jeder kennt sie, die ärztlichen Atteste, die dem Betrieb gut gemeinte Empfehlungen zum Einsatz eines Mitarbeiters angesichts seiner gesundheitlichen Situation geben:

„Herr W. darf aus gesundheitlichen Gründen keine Leitern oder Tritte besteigen.“

„Frau M. darf wegen eines Bandscheibenvorfalles im Bereich L4/L5 und L5/S1 keine Lasten heben oder tragen, die schwerer als fünf Kilogramm sind.“

„Herr L. sollte überwiegend im Sitzen ohne klimatische Schwankungen beschäftigt werden.“

„Frau S. kann wegen ihrer Diabetes mellitus nicht mehr im Schichtdienst eingesetzt werden.“

„Herr Z. benötigt für seinen Geschäftswagen wegen einer ausgeprägten BWS-Skoliose einen ergonomisch geformten Fahrersitz und wegen einer Coxarthrose links ein Automatikgetriebe.“

Arzt und Patient gehen in der Regel wohl meined davon aus, dass die Vorlage einer derartigen Bescheinigung selbstverständlich zur Aufgabe der vermeintlich gesundheitlich riskanten Tätigkeit führen werde. Dabei wird vielfach unterstellt, dass die Beschreibung von Krankheitssymptomen oder die Nennung einer oder gar mehrere Diagnosen der Empfehlung besonderen Nachdruck verleihen.

Ein derartiges Vorgehen ist aus mehreren Gründen problematisch:

1. Formulierungen und Empfehlungen in Attesten beruhen in der Regel allein auf medizinischen Befunden, haus- bzw. fachärztlichen Schlussfolgerungen daraus sowie auf der Sichtweise des Patienten hinsichtlich der Verhältnisse im Unternehmen. Sie lassen jedoch wesentliche technische, organisatorische und personelle Aspekte des Betriebes unberücksichtigt, die für eine Einsatzempfehlung ebenfalls zwingend heranzuziehen sind.
2. Haus- und fachärztliche Atteste enthalten nicht selten ohne Not medizinische Diagnosen oder Befunde. Dies ist nicht nur völlig überflüssig. Denn Adressaten sind meist medizinisch nicht gebildete Leitungspersonen im Unternehmen, die derartige Begriffe nicht fachkundig bewerten können. Darüber hinaus besteht bei der Nennung medizinischer Details das Risiko, dass hieraus unzutreffende Schlussfolgerungen für die Beschäftigung des Mitarbeiters gezogen werden.
3. Die Empfehlungen in derartigen Bescheinigungen sind oft pauschal und undifferenziert und in dieser allgemeinen Form kaum umsetzbar. Sie nehmen selten Bezug auf die konkrete Tätigkeit, die Art und die Häufigkeit vermeintlich gesundheitlich belastender Arbeiten. Gerade dieser Tatbestand erhöht für den Mitarbeiter, der das Attest vorlegt, das Risiko, dass nicht die von ihm erwarteten, sondern gänzlich unerwünschte Schlussfolgerungen hinsichtlich seines künftigen Einsatzes oder seiner Beschäftigung im Unternehmen schlechthin gezogen werden.
4. Die Ausstellung eines haus- oder fachärztlichen Attestes weckt vielfach Erwartungen bei Patienten hinsichtlich der Umsetzung im Betrieb, weil doch kein verantwortlich denkender und handelnder Vorgesetzter Empfehlungen zuwider handeln könne, die dem Schutz oder dem Erhalt der Gesundheit dienen. Deshalb sind Enttäuschungen unvermeidbar, wenn

die Umsetzung der ärztlichen Empfehlung im Unternehmen zu anderen als den vom Mitarbeiter erwarteten Konsequenzen führt.

5. Vielfach gelten die in haus- und fachärztlichen Bescheinigungen vorgelegten Empfehlungen unbefristet. Diese Tatsache lässt die Möglichkeit einer Besserung der Situation durch ärztliche Behandlung, medizinischen Fortschritt, Verhalten des Patienten oder Veränderung der betrieblichen Verhältnisse unberücksichtigt. Derartige ärztliche Ratschläge gehen von statischen gesundheitlichen und betrieblichen Verhältnissen aus, die sich jedoch tatsächlich dynamisch entwickeln, und erschweren dadurch nachhaltige Lösungen.
6. Atteste werden oft ohne Vorankündigung oder gar Absprache eingereicht. Dadurch wird die Chance vertan, eine einvernehmliche Lösung zu finden. Stattdessen liegen mit einer Bescheinigung schriftlich formulierte Fakten auf dem Tisch, die dann auch hinsichtlich der zu ziehenden Konsequenzen, die nicht immer im Sinne des Beschäftigten sein müssen, nicht mehr aus der Welt zu schaffen sind.

Neben den Risiken und Nebenwirkungen beim Umgang mit gut gemeinten, aber schlecht gemachten Attesten bietet gerade die manifeste Krankheit, die drohende Erkrankung und die gesundheitliche Einschränkung eines Beschäftigten großartige Chancen einer fruchtbaren Kooperation zwischen behandelnden Haus- und Fachärzten sowie den betrieblichen Akteuren, vor allem dem Betriebsarzt.

Gegenwärtig ist die Situation dadurch gekennzeichnet, dass der behandelnde Haus- oder Facharzt den Menschen als Patienten, der Betriebsarzt ihn als Beschäftigten in jeweils gänzlich unterschiedlichen Situationen wahrnimmt. Der Behandler sieht ihn überwiegend nur, wenn er ihn zur Abklärung oder gelegentlich zur Vorbeugung von Beschwerden aufsucht, er nimmt ihn im Kontext seiner sozialen Einbindung in Familie oder Wohnort wahr.

Der Betriebsarzt hingegen sieht den Beschäftigten vorrangig im Zusammenhang mit den körperlichen und psychischen Bedingungen seines Arbeitsplatzes und in seiner beruflichen Stellung und Rolle.

Umgekehrt nimmt der Patient seinen behandelnden Haus- oder Facharzt eher als Anwalt seiner (gesundheitlichen) Interessen wahr, während er im Betriebsarzt den Arzt seines, aber auch des Vertrauens des Betriebes insgesamt sehen muss.

Diese unterschiedlichen Sichtweisen ergänzen sich gut, werden aber viel zu selten zusammengeführt. Dadurch werden hinsichtlich der Förderung und des Erhalts der Gesundheit der Beschäftigten Chancen vertan.

Erfahrungen beim Umgang mit vorgelegten Bescheinigungen im Betrieb haben mich zu dem im Folgenden beschriebenen Vorgehen geführt:

1. Die Unternehmen, die ich betriebsärztlich betreue, legen mir grundsätzlich alle bei ihnen eingereichten ärztlichen Atteste als Grundlage meiner betriebsärztlichen Bewertung und Beratung vor. Dabei gehe ich davon aus, dass jede damit gegebene Empfehlung medizinisch begründet und nicht leichtfertig ausgestellt worden und insofern hinsichtlich der notwendigen betrieblichen Umsetzung ernst zu nehmen ist. In diesem Sinne berate ich auch die Verantwortlichen im Unternehmen.
2. In der Regel nehme ich Kontakt mit den ausstellenden Ärzten auf. Dabei geht es mir darum, persönliches Kennenlernen zu ermöglichen, Vertrauen herzustellen und deutlich zu machen: Dem Betrieb ist die Gesundheit des Patienten genauso wichtig wie dem behandelnden Arzt. Ich schildere in kurzen Worten die Arbeitsplatzsituation und frage abschließend, ob ich bei weiteren Fragen im Zusammenhang mit der durch das Attest angeregten Veränderung der Arbeitsbedingungen erneut auf ihn zukommen dürfe, was meist bejaht wird.

3. Anschließend spreche und, wenn nötig, untersuche ich den Mitarbeiter und sondiere mit ihm Möglichkeiten der Realisierung der haus- oder fachärztlichen Empfehlung.
4. Mit dem folgenden Schritt kläre ich telefonisch oder im gemeinsamen Gespräch vor Ort die konkreten Einsatzbedingungen angesichts des vorgelegten Attestes. Dabei übersetze ich die oft sehr pauschalen Angaben in Einsatzempfehlungen, die praktisch und im betrieblichen Alltag handhabbar sind, und berate sie mit den Verantwortlichen des Unternehmens und der Mitarbeitervertretungen – sowohl mit Blick auf das Verhalten des Mitarbeiters im Sinne der Empfehlungen des Attestes als auch der Verhältnisse im Betrieb.
Diese Vorgehensweise führt meist zu Akzeptanz und Zustimmung zu der gefundenen Lösung, weil die Beteiligten an der Lösungsfindung beteiligt wurden und Vorgaben nicht über ihre Köpfe hinweg gemacht wurden. Die im

Rahmen dieses Prozesses definierten konkreten Maßnahmen, die in der Regel befristet und nach einigen Monaten evaluiert werden, fasse ich als betriebsärztliche Empfehlung zusammen.

5. Falls auf diesem Wege keine einvernehmliche Lösung zu finden ist und insbesondere, wenn spezifische fachärztliche Fragen zu klären sind, wende ich mich erneut an den Arzt, der das Attest ausgestellt hat. Dies geschieht durch telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme, meist zusammen mit dem Patienten / Mitarbeiter, um den es geht. Der Kontakt findet in der Praxis des Arztes oder auch gelegentlich im Betrieb statt. Er verfolgt mehrere Ziele:
 - a) Durch unmittelbare Beteiligung des Hausarztes wird die Vertrauensbasis, die für eine nachhaltige Lösung unverzichtbar ist, auch auf Seiten des Mitarbeiters verbreitert: Er sieht, dass der ihm a priori wohl gesonnene Arzt seines Vertrauens beteiligt und einbezogen ist.

- b) Medizinische Kompetenzen werden in die Entscheidungsfindung einbezogen. So kann beispielsweise in der Folge einerseits die Verschreibung bestimmter Medikamente und deren exakte Dosierung an die Erfordernisse am Arbeitsplatz angepasst, andererseits die berufliche Tätigkeit mit Notwendigkeiten der medizinischen Behandlung koordiniert werden.
- c) Indem Haus- oder Facharzt über die betriebliche Situation und die betrieblichen Verantwortlichen über Motive für eine ärztliche Empfehlung informiert werden, wird das gegenseitige Verständnis für die gesundheitliche und betriebliche Gesamtsituation auf allen Seiten verbessert, Verdächtigungen durch Verständigung abgelöst und eine Basis für künftige Kooperation auch in anderen Fällen geschaffen.

Gezielte und vertrauensvolle Kooperation zwischen Hausärzten und Betriebsärzten bietet große Chancen weit über die Lösungsfindung beim Einsatz leistungsgewandelter Beschäftigter hinaus. In Zeiten knapper werdender materieller und personeller Ressourcen im Gesundheitswesen und in den Unternehmen ist verdächtigende oder ausschließende Kooperationsverweigerung fehl am Platze.

Vielmehr können alle Beteiligten – Haus- und behandelnde Fach- sowie Betriebsärzte, Beschäftigte / Patienten und Betriebe, nicht zuletzt aber auch unser Gesundheitswesen und andere Zweige unserer Sozialversicherung von einer funktionierenden Zusammenarbeit profitieren.

Vom desinteressierten Nebeneinander zum fruchtbaren Miteinander von Ärzten – wir haben es in der Hand, jeden Tag neu! □

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

Fotopicture alliance/dpa

www.malteser-helfen.de



Jahrhundertflut in Pakistan

20 Millionen Flutopfer brauchen jetzt Ihre Hilfe

Die Überlebenden brauchen sauberes Trinkwasser, Medikamente und Lebensmittel. Retten Sie Leben. Spenden Sie jetzt.

Konto ADH e.V.
Spendenkonto Nr. 10 20 30 • BLZ 370 205 00 (BfS, Köln)
Stichwort: Flut Pakistan

Die Malteser sind Mitglied von:

 **Aktion Deutschland Hilft**
Das Bündnis der Hilfsorganisationen

 **Malteser**
... weil Nähe zählt.

Erfolgreiche Zusammenarbeit von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten – Warum ist das so schwer zu bewerkstelligen?

Multidisziplinäre Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe, die an der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen beteiligt sind, ist notwendig. Aber auch die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten in allen Versorgungssektoren des Gesundheitssystems muss intensiviert werden. Die Kooperation der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit den behandelnden Hausärzten, den Rehabilitationsärzten, den Sozialmedizinerinnen und den Fachärztinnen etc. ist ein wichtiger Baustein, um Menschen mit psychischen und chronischen Erkrankungen umfassend und ohne Verzögerung unterstützen zu können.

Doch diese Aufgabe ist eine Herausforderung. Es ist mühsam, eine Kooperation systematisiert zu etablieren. Kooperation gelingt nur auf regionaler Ebene. Was sind die Ursachen?

In Deutschland werden die Patientenversorgung und die Prävention insbesondere durch die Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales geregelt und zwar durch deren mannigfaltige Rechtsbestimmungen.

Diese Rechtsgrundlagen bewirken, dass in unserem Gesundheitssystem innerhalb von Sektoren gearbeitet wird, ohne ausreichender Kenntnisnahme oder Verständnis dafür zu haben, auf welche Weise die Patienten in den anderen Sektoren betreut werden. Wo eine Zusammenarbeit angestrebt wird, fehlen zudem oft die Anreize, den Mehraufwand tatsächlich in Kauf zu nehmen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte haben keinen finanziellen Ausgleich, wenn sie mit dem Betriebsarzt zusammenarbeiten.

Zudem werden an der Sektorengrenze ambulante und betriebsärztliche Versorgung teilweise die Betriebsärzte von den niedergelassenen Haus- und Fach-

ärzten als Konkurrenten wahrgenommen, beispielweise wenn es um die Durchführung von Impfungen oder Gesundheits-Checks geht. Darüber hinaus wird von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten befürchtet, dass die von den Betrieben beschäftigten Betriebsärzte zu sehr die Interessen des Betriebs und weniger die der Mitarbeiter / Patienten verfolgen.

Sektorales Gesundheitssystem

Diese Rechtsgrundlagen, die das Gesundheitssystem regeln, bewirken, dass Menschen streng sektoral, d.h. innerhalb eines Systems mit eigenen Regeln, Zielen und Grenzen, behandelt werden. Jede Säule des Gesundheitssystems hat ihre Regeln und Schwerpunkte.

Dr. Annegret E. Schoeller



die Prävention und die Rehabilitation vom SGB V „Gesetzliche Krankenversicherungen“ geregelt. Den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) wird zudem seit dem Jahr 2001 ermöglicht, auch im Rahmen der §§ 20, 20a–d SGB V im Betrieb Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung durchführen zu lassen und zu vergüten. Sie sollen im Hinblick auf betrieblicher Gesundheitsförderung mit den Unfallversiche-



Stationäre und ambulante Versorgung

Die Versorgungssektoren „stationäre- und ambulante Versorgung“ werden in erster Linie, aber in Teilbereichen auch

Trägern zusammenarbeiten (§ 20a SGB V). Den Belangen behinderter Menschen ist Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V), die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) sowie die stufenweise Wiedereinglieder-

nung (§ 74 SGB V) ist von der GKV zu finanzieren. § 74 SGB V besagt: „Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275 SGB V) einholen.“

Medizinische Versorgungszentren

§ 95 SGB V legt fest, wer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf, dies wären zur Niederlassung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen entweder im Arztregister eingetragene Ärzte oder angestellte Ärzte tätig sind. Angehörige anderer Berufsgruppen wie z. B. Apotheker, Physiotherapeuten, Psychologen können auch im MVZ tätig werden.

Integrierte Versorgung

Darüber hinaus kann die GKV nach § 140a SGB V Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 10 b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Zur Förderung der integrierten Versorgung wurde eine Anschubfinanzierung für die Jahre 2004 bis 2008 jeweils mit Mitteln bis zu 1 Prozent der zu entrichtenden Gesamtvergütung vorgesehen (§ 140d SGB V).

Die jahrelange Anschubfinanzierung sollte helfen, die Sektorengrenzen zu überwinden. Dennoch ist die Anzahl der integrierten Versorgungsmodelle nach wie vor überschaubar. Sie gelangen auch nur auf regionaler Ebene.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der *Versorgungssektor „öffentlicher Gesundheitsdienst“* wird durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt und ist auf Bevölkerungsprävention ausgerichtet.

Prävention / Arbeitsmedizin

Den Arbeitsschutz regeln das Sozialgesetzbuch VII „Gesetzliche Unfallversicherung“, das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) sowie weitere Arbeitsschutzbestimmungen. Die Arbeitsmedizin bildet den *Versorgungssektor „Prävention“*, bezogen auf die Prävention Beschäftigter und umfasst weitestgehend die Sekundär- und Tertiärprävention sowie seit den 90er Jahren auch zunehmend die Primärprävention. Das SGB VII regelt die Aufgaben der Unfallversicherungsträger, sie haben nach § 14 SGB V „mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.“

Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen. Die Unternehmen haben die Beschäftigten vor Schäden durch die berufliche Tätigkeit zu schützen.“ Damit haben die Unfallversicherungsträger einen umfassenden Präventionsauftrag. Dieser erweiterte Präventionsauftrag an die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach SGB VII wertet die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes auf und befördert ihn zu einem vollwertigen Verfahrensbeteiligten bei der beruflichen Wiedereingliederung.

Rehabilitation

Den *Versorgungssektor „Rehabilitation“* regelt das Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Die Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, GKV, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Sozialhilfe etc.) sind verpflichtet, Rehabilitation, Wiedereingliederung der Menschen mit Behinderung etc. durchführen zu lassen. Der Fokus ist hier also auf die Tertiärprävention ausgerichtet.

Die gesetzliche Ausrichtung des SGB IX im Hinblick auf das Wiedereingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX sowie die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen „Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 u. 9 SGB IX“. Die Rehabilitationsträger werden verpflichtet, die Haus-, Fach-, Werks- und Betriebsärzte frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einzubinden. Hiermit wird die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes aufgewertet und macht ihn zu einem vollwertigen Verfahrensbeteiligten, der damit in die Lage zum Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes versetzt wird, das der beruflichen Wiedereingliederung dient.



Pflege

Der Versorgungssektor „Pflege“ wird durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) geregelt.

Kollegialität

Im Hinblick auf Zusammenarbeit der ärztlichen Professionen untereinander ist in der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006) in § 29 festgelegt, dass „Ärztinnen und Ärzte sich untereinander kollegial zu verhalten haben“.

Sektorale Möglichkeiten

Derzeit sind in Deutschland mehr als 30 Millionen Vollbeschäftigte in mehr als drei Millionen Betrieben gesetzlich unfallversichert. Damit stellt der Betrieb einen sehr guten Zugang zur Bevölkerungsgruppe der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dar. In Deutschland sind Betriebe gesetzlich verpflichtet, Betriebsärzte zu beschäftigen. Aufgabe dieser Betriebsärzte ist es, Gefährdungen der Beschäftigten durch den Arbeitsplatz gemäß dem Arbeitsschutzgesetz zu vermeiden. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen, die den Gang zum Hausarzt – aus welchen Gründen auch immer – scheuen.

Im Rahmen der integrierten Versorgung bedarf es der fachübergreifenden Zusammenarbeit mit den überwiegend präventiv ausgerichteten Betriebsärzten, die das Wissen um die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und Arbeit zur Patientenbehandlung beisteuern können. Die Arbeitsmedizin ist heute auch die integrierende Schnittstelle zwischen primärpräventiver Gesundheitsförderung und ambulanter Primärversorgung.

Zusammenbringen von Kuration und Prävention

Durch eine Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Allgemeinärzten oder Fachärzten können Prävention und Kuration zusammengebracht wer-



den. In der Vergangenheit wurde von verschiedenen Stellen immer wieder auf die Notwendigkeit einer besseren Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement von Unternehmen sowie Betriebsärzten hingewiesen. In den meisten Fällen scheiterten aber bislang solche Versuche. Willigt der Patient in eine Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsarzt ein, so bedeutet es für den Hausarzt zuerst einmal einen erheblichen Mehraufwand, wenn er den Kontakt zu seinem Kollegen im Unternehmen sucht. Dieser Schritt ist noch nicht in die hausärztliche Routine integriert – und stellt den initiiierenden Arzt vor ganz praktische Probleme. Bis heute fehlen überdies die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen und dadurch konkrete Strukturen, Verknüpfungen, Behandlungspfade oder Versorgungsmodelle, die die Erkenntnisse der Betriebsmedizin mit denen der niedergelassenen Ärzte in einer Region verbinden.

Strukturierte Kooperationswege

Strukturierte Kooperationswege sollten entwickelt und erfolgreich in die Tat umgesetzt werden. Beispielsweise sollten indikationsbezogene Risikofaktoren im Rahmen von Screenings und Checkups systematisch erfasst und anschließend minimiert werden. Darüber hin-

aus sollte der indikationsunspezifische salutogenetische Ansatz im Rahmen der übergreifenden Gesundheitsförderung angewandt werden, um die protektiven psychosozialen Ressourcen zu stärken. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten kombiniert werden. Bestehende betriebliche Strukturen, die Wege verkürzen, Kosten reduzieren und damit Synergieeffekte schaffen, müssen genutzt werden.

Regionale Strukturen unerlässlich

Es könnten regelmäßige Treffen von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten, sei es Haus- oder Fachärzte im Unternehmen, vielleicht in Kooperation mit den Krankenversicherungen, durchgeführt werden. Dabei sollen regelmäßige institutionalisierte und möglichst formalisierte Kontakte wie z. B. mittels Präventionspfade zwischen Haus- und Facharzt mit dem Betriebsarzt vorgesehen werden (s. Artikel: Präventionspfade – Der Weg zur sektorübergreifenden Kooperation).

Erstrebenswert ist eine möglichst normierte und verlässliche Zusammenarbeit auf regionaler Ebene zwischen den Akteuren. Dabei sollte der Dokumentationsaufwand möglichst gering gehalten werden. Zur Erleichterung der Abläufe sollten zugleich Abläufe und Zuständigkeiten jederzeit klar geregelt sein. Hier kommt es auf den Einzelnen an.

Ausblick

Eine weitere Form der sektorübergreifenden Zusammenarbeit der Hausärzte und der Fachärzte mit den Betriebsärzten wäre die zunehmende Integrierung des Arbeitsmediziners als „der Präventionsarzt per se“ in Medizinischen Versorgungszentren, kurz MVZ genannt. In dieser Gemeinschaft wären die Wege zwischen den Professionen sicher kürzer. Auch dort sind die Anwendung von vereinbarten Präventionspfaden sinnvoll.

Langfristig ist eine Initiative des Gesetzgebers wünschenswert, die die Zusammenarbeit von Betriebs- und Hausärzten in der Gesundheitsversorgung festschreibt und endlich Präventiv- und Kurativversorgung mit entsprechenden Vergütungsstrukturen zusammenführt. Denkbar wären dabei Anreize in Form einer Anschubfinanzierung von Pilotprojekten, wie dies im Rahmen von Projekten zur integrierten Versorgung erfolgt ist.

Ferner ist wünschenswert, dass sich die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker auf das Thema ausrichtet. Es sollte dargestellt werden, wie die Kooperation an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungserbringer aussieht oder aussehen kann. Zudem sollte die Thematik arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Patienten aufgegriffen werden. □

Dr. Annegret E. Schoeller
Bundesärztekammer
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Berlin

Literatur

(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006).

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B41> (10. 08. 2010)

Bertelsmann-Stiftung (2009): *Ärzte und Betrieb: Gemeinsam für die Gesundheit. Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsvorsorge*, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, 3–26

Internetadressen und -quellen;

www.aerzte-und-betrieb.de (10. 08. 2010)

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG).

<http://www.gesetze-im-internet.de/arbSchG/BJNR124610996.html#BJNR124610996>

(10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/ (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – § 140a Integrierte Versorgung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/__140a.html (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – § 20 Prävention und Selbsthilfe.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_5/__20.html (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_9/ (10. 08. 2010)

Siebtens Buch Sozialgesetzbuch –

Gesetzliche Unfallversicherung –

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_7/ (10. 08. 2010)

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) –

Soziale Pflegeversicherung.

http://www.gesetze-im-internet.de/sGb_11/ (10. 08. 2010)

Nur Mut!

Hautkrebsscreening im Betrieb

Beunruhigende Zahlen: Etwa 195.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich neu an Hautkrebs. Diese Zahlen nennt Professor Alexander Katalinic (Krebsregister Schleswig-Holstein). Der wohl bekannteste Hautkrebs ist das maligne Melanom, auch als „schwarzer Hautkrebs“ bezeichnet, an dem pro Jahr 24.000 Deutsche neu erkranken und 3000 sterben. Darunter sind immer jüngere Menschen. Zurzeit geht man davon aus, dass 50 Prozent der Melanom-Patienten jünger als 60 Jahre alt sind. Sehr viel häufiger tritt der allerdings weniger gefährliche „helle Hautkrebs“ auf. Dazu zählen der Basalzell- und der Stachelzellkrebs. Auch bei diesen nicht-melanozytären Hautkrebsarten steigt die Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter und außerdem mit der lebenslang erworbenen UV-Dosis an.

Betriebsärzte erreichen die 18-65-jährigen

Was das mit praktischer Arbeitsmedizin zu tun hat? Hautkrebs ist heilbar – wenn er früh erkannt wird. Die Deutsche



Kontakt

Dr. med. Michael Vollmer
Facharzt für Arbeitsmedizin
Ludwigstraße 8
64342 Seeheim-Jugenheim
Telefon: 0 62 57-90 15 90
E-Mail: vollmer@
arbeitsmedizin-suedhessen.de

Krebshilfe, die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben eine Kampagne in Betrieben gestartet, um die Prävention weiter zu fördern. „Betriebsärzte erreichen Menschen aus fast allen Bevölkerungsschichten im Alter von 18 bis 65 Jahren. Somit sprechen wir auch diejenigen an, die ansonsten eher selten zum Arzt gehen. Insbesondere Männer sind häufig wenig sensibel in Bezug auf Gesundheitsrisiken“, so Dr. Uwe Gerecke, Präsidiumsmitglied des VDBW.

Im Jahre 2008 hat Deutschland als erstes Land weltweit eine flächendeckend organisierte, standardisierte Hautkrebs-

Früherkennung eingeführt. Seither haben 13 Millionen Menschen in Deutschland von dieser Präventionsmaßnahme Gebrauch gemacht – eine enorm hohe Zahl, wenn man die Inanspruchnahme anderer derartiger Angebote zum Vergleich heranzieht.

Kein Wunder, möchte man sagen, geht die Untersuchung doch schnell, und sie ist schmerzlos. Sie kann vom Arzt ohne weitere Hilfsmittel mit bloßem Auge durchgeführt werden. An das anamnestische Gespräch schließt sich die standardisierte visuelle Untersuchung der gesamten Körperoberfläche von der behaarten Kopfhaut bis zu den Fußsohlen, inklusive aller Hautfalten, der Mundschleimhäute und des äußeren Genitals an.

Selbstverständlich werden den Teilnehmern an dem Screening alle wichtigen Befunde mitgeteilt. Wenn der Verdacht auf das Bestehen von Hautkrebs besteht, wird die untersuchte Person zum Dermatologen zur weiteren Abklärung überwiesen. Die endgültige Befundklärung bringt letztlich eine feingewebliche Untersuchung im Labor.

Dann folgt der neben der körperlichen Untersuchung mindestens so wichtige Teil: Die präventive Beratung zum richtigen Umgang mit natürlicher und künstlicher UV-Strahlung, die Feststellung möglicher individueller Risikofaktoren, z. B. Pigmentflecken, und die Information über das Angebot weiterer gesetzlicher Krebs-Früherkennungsuntersuchungen.

Standardisiertes Fortbildungsprogramm

Für die Durchführung des Hautkrebscreenings haben sich bisher ca. 38.000 Ärzte qualifiziert. Sie haben ein standardisiertes Fortbildungsprogramm absolviert, das die „Kommission Hautkrebs-Screening Deutschland“ entwickelt und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als inhaltlich übereinstimmend mit der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses überprüft hat.

Im Rahmen dieses Programms erfahren die Ärzte Wesentliches über den potenziellen Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen und Kriterien zu deren Beurteilung. Die Fortbildung stellt den Ablauf der Untersuchung dar und klärt über die Ätiologie von Hautkrebs, Krankheitsbilder, Häufigkeit, Risikofaktoren und -gruppen, Anamnese, standardisierte visuelle Ganzkörperinspektion und Blickdiagnostik auf. Anhand von Fallbeispielen wird das angemessene Vorgehen diskutiert. Die Dokumentation wird ebenso erläutert wie Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Fortbildung der „Kommission Hautkrebs-Screening Deutschland“ wird ausschließlich in Verbindung mit einem umfangreichen Materialien-Set angeboten. Die Teilnahme an der Fortbildung ist ohne diese Materialien nicht möglich.

Veranstalter des Fortbildungsprogramms sind unterschiedliche Organisationen, u. a. die Kassenärztlichen Vereinigungen, das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW).

Bundesweit gibt es ein flächendeckendes Netz von derzeit rund 300 Trainern, die solche Ärztefortbildungen anbieten. Diese Trainer wurden in einem Seminar darauf vorbereitet, das Programm gemäß der Richtlinien des G-BA durchzuführen. Sie sind beim Zentralinstitut zertifiziert.

Hautkrebscreening dient der Prävention

Warum sollten sich gerade Betriebsärzte beim Hautkrebscreening engagieren?

Im Mittelpunkt des Hautkrebscreenings steht die Beratung. „Das Hautkrebs-Screening ist mehr als die Suche nach Tumoren und deren Vorstufen. Es dient auch der Prävention mit dem Ziel, das persönliche Hautkrebsrisiko nachhaltig zu senken“, betont Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Auf diese

Weise erweitern Betriebsärzte das Spektrum ihrer präventiven Tätigkeit, erlangen weithin sichtbare Kompetenz und Akzeptanz und eröffnen sich die Chance, auf das Thema Prävention insgesamt aufmerksam zu machen. Erfahrungsgemäß werden bei diesem Thema vor allem junge Versicherte erreicht und nachhaltig sensibilisiert.

Viele Betriebsärzte haben in den zurückliegenden Jahren immer wieder erfolgreich Aktionen zur Krebsfrüherkennung durchgeführt. Krebsprävention ist fester Bestandteil fast jeder arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Der VDBW blickt auf eine lange und fruchtbare Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebshilfe zurück und ist inzwischen Mitglied der Nationalen Krebskonferenz. Das Hautkrebscreening ist nur eine der Früherkennungsmethoden, die im Betrieb durchgeführt werden können – auch für Darm- und Prostatacarcinom gibt es einfach und sicher handhabbare Früherkennungsmarker.

Die Mitwirkung am Hautkrebscreening signalisiert aber auch den Unternehmen, dass Betriebsärzte sich umfassend und nachhaltig für das Thema Prävention engagieren. Es gibt bereits erfolgreiche Beispiele, wie Hautkrebsprävention in Unternehmen realisiert wurde – nicht nur durch Hautkrebscreenings vor Ort, sondern auch durch damit verbundene Informationstage, Aktionen sowie Vorträge.

Vier mögliche Wege

Grundsätzlich sind folgende Vorgehensweisen denkbar:

1. Der Betriebsarzt führt das Hautkrebscreening selber durch. Voraussetzung hierfür ist die absolvierte spezifische Ärztefortbildung. Bei Verdachtsfällen überweist er an einen Dermatologen. In diesem Falle können die Ärzte Kompetenz auch auf diesem Feld belegen und stärken gleichzeitig den Kontakt zur Belegschaft.

2. Der Betriebsarzt hält Vorträge im Unternehmen zum Thema und berät anschließend Interessierte, denen er auch umfangreiches Informationsmaterial überlässt.
3. Der Betriebsarzt organisiert ein gesetzliches Hautkrebsscreening für über 35-Jährige anspruchsberechtigte Beschäftigte auf Krankenkassenkosten im Betrieb, indem er zur Durchführung dieser Untersuchung berechnete Ärzte einlädt.
4. Das Hautkrebsscreening wird durch externe Ärzte auf Honorarbasis für alle Altersklassen durchgeführt. Die Kosten werden vom Unternehmen übernommen; z. B. in Kooperation mit der zuständigen BKK. Dafür wird Infor-

mationsmaterial zur Verfügung gestellt, d. h. Poster zur Ankündigung der Screening-Aktionen, Flyer, Broschüren zum Thema Sonnen- und UV-Schutz. Dabei ist wie auf allen anderen Feldern ärztlichen Handelns auch hier selbstverständlich, dass jeder Arzt sich nur dann aktiv am Screening beteiligt, wenn er dafür ausreichend qualifiziert ist – unabhängig von den in dem Fortbildungsprogramm erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten.

Große Chance

Zusammenfassend stellt die Teilnahme von Betriebsärzten am Hautkrebsscreening eine große Chance dar:

- für viele Menschen insbesondere jungen und mittleren Alters, die kaum die haus- und hautärztliche Sprechstunde aufsuchen, sehr wohl aber auf Aktionen im Betrieb aufmerksam werden;
- für Unternehmen, die auf diese Weise einen Beitrag zur Gesundheit ihrer Beschäftigten und für ihr Image leisten;
- für Betriebsärzte, die ihr Tätigkeitspektrum erweitern sowie Kompetenz und Akzeptanz weiter steigern
- und natürlich für eine wirkungsvolle Prävention von Hautkrebs. □

Dr. med. Michael Vollmer

Altersgerechte Arbeitsbedingungen

Die Diskussion um die Verlängerung der Lebensarbeitszeit (Rente mit 67 in der Bundesrepublik) ist inzwischen auch zu einem europäischen Thema geworden. Gerade jetzt gehen zum Beispiel die Franzosen auf die Straße, weil sie zwei Jahre länger bis zum Erreichen des Rentenalters arbeiten sollen.

Wie aber werden diesen älteren Arbeitnehmer damit zurecht kommen, wie gesund werden sie noch sein, wenn sie mit 65 statt auf der Parkbank an der Drehbank sitzen? Da ist gut zu wissen, dass bereits vor Jahren auf politischer Ebene an die Vorbereitung auf kommende Probleme gedacht wurde. Im Modellprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales BMAS zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen wurde im Juni 2006 der Förderschwerpunkt „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“ ausgeschrieben. Zielgruppe dieses Förderschwerpunktes sind Beschäftigte der Altersgruppe 55 plus.

Vorgesehen war, dass in Modellvorhaben Konzepte zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen modellhaft entwickelt und erprobt werden, um Personen dieser Altersgruppe bei guter Gesundheit einen Verbleib in Beschäftigung zu ermöglichen, damit sie ihre Stärke bis

zum Erreichen des Rentenalters in den Arbeitsprozess einbringen können.

Der Hintergrund für den Förderschwerpunkt – so die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – stellt die neue europäische Beschäftigungsstrategie dar, die im Rahmen der Sozialpolitischen Agenda für den Zeitraum 2000 bis 2005 formuliert wurde. Diese zielt darauf ab, die Gesamtbeschäftigungsquote innerhalb der EU generell anzuheben. Die im Förderschwerpunkt 2006 anvisierte Zielgruppe 55plus wird in der Neuausrichtung der Beschäftigungsstrategie besonders berücksichtigt, indem durch spezifische darauf hingewirkt werden soll, das durchschnittliche Renteneintrittsalter EU-weit um fünf Jahre zu erhöhen. Auch die Bundesrepublik wurde angehalten, die Ziele der EU-Kommission in ihre nationale Strategie umzusetzen.

Die meisten nationalen und Internationalen Aktivitäten zum Verbleib älterer Beschäftigter im Erwerbsleben beziehen sich lediglich auf Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere auf die Beseitigung von Anreizen für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit der Beschäftigten und der Beschäftigungsfähigkeit auch in

höherem Lebensalter wird jedoch immer noch zu wenig Beachtung geschenkt, obwohl sich der demografische Wandel der Gesellschaft zunehmend auch in den Belegschaften niederschlägt.

In fast allen Branchen und Tätigkeitsbereichen fehlen praktikable und erprobte Konzepte, Maßnahmen und Lösungen für den Umgang mit dem demografischen Wandel. Der daraus abzuleitende Handlungsbedarf wurde ausführlich in zwei Sachverständigengutachten beschrieben, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Herbst 2005 in Auftrag gegeben wurden.

In allen drei durch das BMAS geförderten und durch die BAuA fachlich begleiteten Modellvorhaben werden neben den gesundheitlich relevanten Aspekten ebenfalls betriebs- und volkswirtschaftliche Argumente herausgearbeitet, um die Akzeptanz und Umsetzung von Maßnahmen zum Thema „Demografischer Wandel in den Unternehmen“ künftig zu erhöhen.

Im Zeitraum von 2006 bis 2009 wurden drei Modellvorhaben gefördert, die im Internet nachzulesen sind:

Menschen in altersgerechter Arbeitskultur (MiaA)

www.miaa.de und www.lago-projekt.de und www.gabi-projekt.de □

Influenza-Monatsbericht

Buda S, Schweiger B, Buchholz U, Köpke K, Luchtenberg M, Haas W und die AGI-Studiengruppe¹

Kalenderwochen 32 bis 35 (07. 08. bis 03. 09. 2010)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Der Influenza-Wochenbericht erscheint bis zum Beginn der Wintersaison 2010/2011 am 2. Oktober 2010 monatlich. Die bis dahin eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und die Ergebnisse in der Zusammenfassung und in den Diagrammen im Internet aktualisiert.

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit von der 32. bis zur 35. KW 2010 angestiegen. Die Werte liegen in allen AGI-Regionen weiterhin im Hintergrundbereich.

Im NRZ wurden zwischen der 24. und der 35. KW 2010 in keiner der 39 eingesandten Proben Influenzaviren nachgewiesen. Dem RKI wurden in den Meldewochen 32 bis 35 sechs Fälle von Influenza übermittelt, darunter zwei Fälle mit Influenza H1N1 (pandemisches Virus) und zwei Fälle mit Influenza B-Nachweis (Datenstand 07. 09. 2010).

Die Ergebnisse im Detail

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Der Praxisindex als Maß für die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen ist bundesweit im Berichtszeitraum gestiegen. Er liegt in allen AGI-Regionen weiterhin im Hintergrundbereich. Der Verlauf der Praxisindexwerte für die AGI-Regionen in der aktuellen Saison und in den beiden Vorsaisons ist abrufbar unter: <http://influenza.rki.de/> > Diagramme.

¹ Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <http://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

| AGI-Großregion AGI-Region | Praxisindex* (bis 115 entspricht der ARE-Hintergrund-Aktivität) | | | | | |
|------------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 30. KW | 31. KW | 32. KW | 33. KW | 34. KW | 35. KW |
| Süden | 58 | 68 | 77 | 63 | 73 | 62 |
| Baden-Württemberg | 50 | 67 | 60 | 59 | 56 | 46 |
| Bayern | 67 | 68 | 94 | 67 | 91 | 79 |
| Mitte (West) | 47 | 42 | 43 | 50 | 69 | 76 |
| Hessen | 52 | 54 | 44 | 39 | 84 | 87 |
| Nordrhein-Westfalen | 47 | 36 | 51 | 52 | 58 | 60 |
| Rheinland-Pfalz, Saarland | 41 | 36 | 35 | 58 | 65 | 82 |
| Norden (West) | 44 | 44 | 62 | 57 | 63 | 94 |
| Niedersachsen, Bremen | 44 | 39 | 41 | 52 | 81 | 97 |
| Schleswig-Holstein, Hamburg | 44 | 49 | 83 | 61 | 46 | 91 |
| Osten | 54 | 49 | 58 | 64 | 65 | 84 |
| Brandenburg, Berlin | 50 | 58 | 56 | 65 | 52 | 85 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 46 | 46 | 54 | 58 | 50 | 75 |
| Sachsen | 64 | 52 | 59 | 66 | 72 | 89 |
| Sachsen-Anhalt | 56 | 43 | 62 | 74 | 80 | 86 |
| Thüringen | 53 | 46 | 57 | 58 | 69 | 87 |
| Gesamt | 52 | 51 | 58 | 58 | 69 | 80 |

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

Tab. 1: Praxisindex in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 30. KW bis zur 35. KW 2010

Die Werte der **Konsultationsinzidenz** sind für alle Altersgruppen kontinuierlich gestiegen.

Influenzavirus-Nachweise im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ)

Im NRZ wurden zwischen der 24. und der 35. KW 2010 in keiner der 39 eingesandten Sentinel-Proben Influenzaviren nachgewiesen. Die Positivenrate lag im Berichtszeitraum bei 0 %.

Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz

In den Wochen 32 bis 35 wurden sechs Fälle von Influenzaerkrankungen an das RKI übermittelt, darunter zwei In-

fluenza A/H1N1-Nachweise (pandemisches Virus), zwei Influenza B-Nachweise, ein nicht subtypisierter Influenza A-Nachweis und ein nicht nach Influenza A oder B differenzierender Antigennachweis. Bei einem Influenza A/H1N1-Nachweis und einem Influenza B-Nachweis wurde als wahrscheinlicher Infektionsort das europäische Ausland (Spanien bzw. Griechenland) angege-

* Praxisindex 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

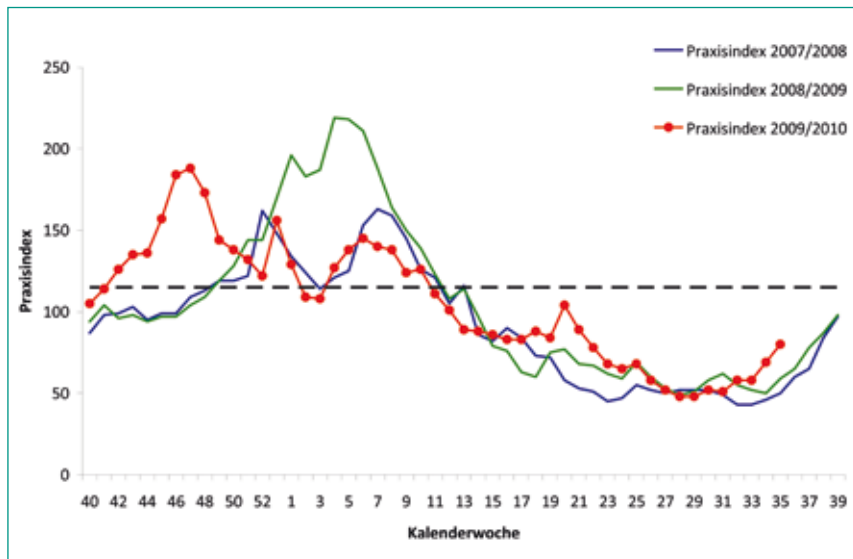


Abb. 1: Praxisindex in der 40. bis 35. KW in 2009/10 im Vergleich zu 2008/09 und 2007/08. (Hintergrundaktivität bis zur gestrichelten Linie bei 115).

ben. Sporadische Influenzianachweise in dieser Größenordnung sind auch in den Vorjahren im Sommer (mit Ausnahme während der Pandemie 2009) an das RKI übermittelt worden.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Während des Sommers berichtet das ECDC im 14-tägigen Rhythmus. Zur 33. KW wurde aus 17 Ländern eine Aktivität im Hintergrundbereich gemeldet.

In keinem der Mitgliedsstaaten wird eine erkennbare Influenza-Aktivität beobachtet. Von 28 in den KW 32 und 33 untersuchten Sentinel-Proben aus 17 teilnehmenden Ländern war keine Probe positiv. In Nichtsentineleinsendungen wurden 13 Influenzaviren identifiziert. Es handelte sich um sieben nicht subtypisierte Influenza A-Viren, ein pandemisches Influenza A/H1N1-Virus und ein Influenza A/H3N2-Virus sowie vier Influenza B-Viren.

Im Surveillance-Bericht des Netzwerks der nationalen Referenz-Laboratorien

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. U. Hein-Rusinek
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

(CNRL) für Influenza für August 2010 wird berichtet, dass die zehn seit Juli an das WHO-Kollaborationslabor in London geschickten Proben pandemische Influenzaviren A/H1N1, Influenza A/H3N2-Viren und Influenza B-Viren enthielten. Die untersuchten Viren waren den für den saisonalen Impfstoff der Saison 2010/11 empfohlenen Referenzstämmen jeweils sehr ähnlich.

Weitere Informationen zur europäischen Situation erhalten Sie auf den Internetseiten des ECDC (European Centre for Disease Control and Prevention) unter:

<http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>

Weitere Informationen zur weltweiten Situation, insbesondere zur pandemischen Influenza (H1N1) 2009, erhalten Sie auf den Internetseiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter:

http://www.who.int/csr/don/2010_08_27/en/index.html

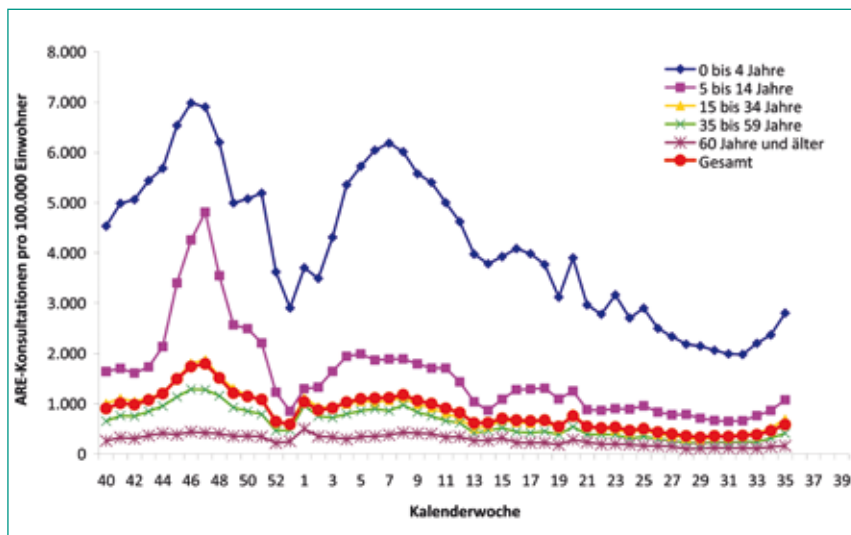


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz in der 40. bis 35. KW 2009/10 in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe.