

cholinergika nicht zugelassen, Memantine ist aber eine Option. Bei den mit Parkinson-Syndromen assoziierten Demenzformen ist die Behandlung oft komplex, nebenwirkungsträchtig, bedarf einer „Titration“ der Medikamenten-Orchestrierung und sollte in die Hand eines Spezialisten gegeben werden.

Der gesamte Themen-Bereich der Pflege und der Unterstützung der Angehörigen wird hier aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Tipps für die Wiedereingliederung

Die berufliche Wiedereingliederung eines Demenzkranken wird am ehesten dann zu erwarten sein, wenn es sich um eine symptomatische Demenz

bei einer zu behandelnden Grunderkrankung gehandelt hat und die Erwerbsfähigkeit weiter gegeben ist. Hier lassen sich kaum allgemeingültige Regeln aufstellen, da immer auch die somatischen Führungssymptome der Grunderkrankung zu berücksichtigen sein werden.

Eine Herausforderung hingegen stellt die arbeitsmedizinische Unterstützung eines Arbeitnehmers dar, der ein Mild Cognitive Impairment mit einer zunehmenden Krankheitsaktivität aufweist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass komplexere Arbeitsvorgänge am ehesten nicht mehr bewältigt werden können. Je einfacher und repetitiver die Arbeit eines Beschäftigten ist, um so länger kann es dauern, bis Defizite sichtbar werden können.

Insbesondere wenn Führungspersonal davon betroffen ist, kann es für ein Unternehmen extrem wichtig sein, dass der Betroffene einer Diagnostik zugeführt und von die Zukunft des Unternehmens bestimmenden Entscheidungen freigestellt wird.

Fazit

Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus bei einem Demenzverdacht ist obsolet. Auf jeden Fall müssen differentaldiagnostisch die reversiblen Demenzformen identifiziert werden. Im Falle von neurodegenerativen Demenzformen sollte alles zur Verlangsamung des Krankheitsprozesses unternommen werden. □

Christa Roth-Sackenheim

Der Trend zum Dreier-Pack!

Drei Bücher zu drei Interventionsebenen der Prävention.

Drei Empfehlungen zum Weiterlesen, Schenken oder Schenkenlassen

Chronische Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu. Steigt das kollektive Alter der Belegschaft um 1 Jahr steigt der Krankenstand aufgrund der altersassoziierten Morbiditätsrisiken um annähernd 0,1 bis 0,2 Prozent.

Ältere Arbeitnehmer erkranken zwar seltener als ihre jüngeren Kollegen, aber wenn dann auch länger und häufig verbunden mit der Gefahr der Einbuße oder Einschränkung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Damit ist in aller Kürze bereits einer der ganzen großen Herausforderungen umrissen, mit der die Gesundheits- und Sozialpolitik – angesichts des demographischen Wandels und einer verlängerten Lebensarbeitszeit – konfrontiert ist. Unser Beitrag als Betriebsärzte: Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, zu fördern und wiederherstellen. Einfach und salopp gesagt, jedoch

hoch anspruchsvoll und durchaus komplex von der Aufgabe, will man es nicht bei guten Absichtserklärungen belassen.

Ich möchte Ihnen drei Handlungs- und Orientierungshilfen vorstellen, die sich jeweils vorrangig mit einer der Interventionsebenen der Prävention beschäftigen und aus meiner Sicht allesamt

dazu angetan sind, das eigene Wissen und damit auch die betriebsärztliche Handlungskompetenz zu erweitern.

Primärprävention: Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Augenhöhe mit dem aktuell gesicherten Wissen

Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke, H. Wenzel (Hrsg.):

Evidence-based Public Health

Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2010, 29,95 €

Ich will direkt mit der Tür ins Haus fallen: Das Buch ist weder von Arbeitsmedizinern geschrieben noch primär an Arbeitsmediziner adressiert. Wenn Sie aber betriebliches Gesundheitsmanagement auf solide Füße stellen wollen, dann haben sie hiermit eine wahre Fundgrube in der Hand.



Dr. med.
Rolf Hess-Gräfenberg



„Gesagt ist nicht gehört,
gehört ist nicht verstanden,
verstanden ist nicht einverstanden,
einverstanden ist nicht durchgeführt,
durchgeführt ist nicht beibehalten.“

So beschreibt Norbert Schmacke mit einem Zitat von Konrad-Lorenz, die Sisyphusarbeit, vor der eine noch junge wissenschaftliche Disziplin steht, die sich der Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung, der Identifikation und Lösung prioritärer Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung bzw. besonderer Erkrankungsgruppen widmet.

Das Buch ist – nach Selbstauskunft der Herausgeber – ungewöhnlich aufgebaut, im Sinne einer klassischen Studienreise: „Studienreisen haben viele Vorteile: An erster Stelle ermöglichen sie es, gewohnte Perspektiven durch neue zu ersetzen. Neue Eindrücke werden über unterschiedliche Sinne aufgenommen und durch Emotionen getriggert. Wenn man sich unterwegs genug geführt fühlt, kann man sich entscheiden, auf eigene Faust loszuziehen und selbstständig weitere Erkundungen vorzunehmen. Eine Studienreise hat aber auch Nachteile: Ein kalter Wind fegt einem plötzlich um die Ohren, und gelegentlich wird man nass.“

Das Versprechen wird aus meiner Sicht hervorragend eingelöst. Es ist tatsächlich ein Gewinn und Genuss, den Ausführungen der Autoren zu folgen, auch da wo man beschämend feststellen muss aufs falsche Pferd gesetzt zu haben und gewinnorientierter Einflussnahmen aufgefressen zu sein.

Ich konnte auch die bisweilen nassen und windigen Abschnitte der Studienreise gut verkraften, weil die Autoren nie belehrend, vorwurfsvoll oder selbstgeißelnd daher kommen. Das Buch haucht einen emanzipatorischen Atem. Es will anregen zum Nachdenken, Recherchieren, ermutigen die eigenen Entscheidungen auf sichere Füße zu stellen. Faktenreich und unterlegt mit vielen Beispielen aus fast allen Feldern der Prävention.

Paradigmatisch geschieht dies am Beispiel der Adipositas als handlungsauslösender Indikator für eine in der Zukunft besorgte Gesundheitsstörung.

Dabei begleitet uns eine Mitarbeiterin einer Krankenkasse, die von ihrem Arbeitgeber die Aufgabe erhalten hat, sich ein objektives Bild zur Thematik Übergewicht, Adipositas und Folgeerkrankungen zu machen und konkrete Handlungsstrategien zu erarbeiten.

Die Mitarbeiterin der Krankenkasse – genauso gut könnte das ein Betriebsarzt sein – wird durch den Evidenzzyklus geführt von der Identifikation eines Problems, der Auswahl der Fragestellungen, der Recherche in hierzu geeigneten Datenbanken, der Auswahl der Methodik, der Würdigung ethischer, soziokultureller und juristischer Aspekte sowie schließlich der Überführung in reale Entscheidungen und ihrer Kommunikation.

Das klingt akademischer als es ist und stellt aus meiner Sicht eine hervorragende Hilfe für den Umgang mit Screening-Maßnahmen und Check-ups dar, die wir allgegenwärtig in unseren Betrieben bewerben, initiieren oder – falls der Impuls von anderen Entscheidungsträgern kommt – zu bewerten haben.

Ich werde zukünftig bei der Beratung und Planung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf dieses Buch und seine faktenreichen Anregungen zurückgreifen.

Abgeschlossen wird diese gut strukturierte und stets anregende Publikation mit praktischen Beispielen zur Grippe-Pandemieplanung, der Prävention von Rückenschmerzen, dem Nutzen von Check-up und Screeningverfahren sowie den Risiken von Feinstaub.

**Sekundärprävention:
Eine Arbeitshilfe für das, was im betrieblichen Alltag mehr und mehr zum Tagesgeschäft gehört**

Thomas Kraus, Stephan Letzel, Dennis Nowak (Hrsg.): Der Chronisch Kranke im Erwerbsleben – Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb Reihe Schwerpunktthema Jahrestagung DGAUM Ecomed Medizin 2010, 34,95 € Ebenfalls Produkt vieler Autoren aber im Lesefluss alles andere als homogen, stellt sich „Der chronisch Kranke im Er-



werbsleben“ dar. Das Buch ist deshalb nicht minder empfehlenswert. Der inhomogene Eindruck ist auch in der Natur der Sache begründet: Es handelt sich um überarbeitete bzw. erweiterte Beiträge zur Jahrestagung der DGAUM 2009. Sie setzt damit die im Vorjahr bereits begonnene Tradition fort, die Ergebnisse der Jahres-Tagung mit einer Publikation zu sichern und zu verbreiten.

Mit der Wahl des Themas bewegen sich die Herausgeber in einem zentralen Handlungsfeld für die Arbeitsmedizin, das zweifelsfrei weiteren Bedeutungszuwachs erleben wird.

Im Auge des Hurrikans ist es scheinbar ruhig und man ist geneigt den Umgang mit chronisch Kranken als fortlaufendes Alltagsgeschäft, als immerwährende Routine

und Selbstverständlichkeit abzutun. Allerdings die Turbulenzen, die das Auge umkreisen, haben zugenommen und verleihen dem Thema eine qualitativ gewandelte Bedeutung: Fachkräftemangel, demographische Zeitbombe sowie gestiegene Anforderungen stellen auch die Arbeitsmedizin vor gewandelte Aufgaben. Die Bemühungen, Krankheit und Erwerbsfähigkeit miteinander zu vereinbaren, gewinnen dadurch eine neue Qualität.

Diese Probleme greift auch Walther Heipartz – bis vor kurzem leitender Arzt der Arbeitagentur – in seiner kritischen Einführung auf. Er bügelt einige Dinge auch gegen den Strich, warnt vor Idealisierungen und davor unvermeidbare Interessengegensätze zu bagatellisieren. Der betriebliche Alltag bestehe

nicht nur aus träumerischen win-win-Situationen, die gerade im Bereich des Gesundheitsmanagements gerne beschworen würden.

Seine Ausführungen sind auf jeden Fall immer anregend auch da, wo man zu einer anderen Einschätzung gelangt.

Die Arbeitsmedizin müsse sich – so sein Fazit – nicht neu erfinden, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.

Was ansteht: Die Stärkung der psychosomatischen Kompetenz, die Besinnung auf die mit dem Arztberuf verbundene Vertrauensposition. Vor allem aber der Ausbau der interkollegialen fach- und sektorenübergreifenden Kooperation mit Leistungserbringern und -trägern.

Der Allgemeine Teil des Buches knüpft nahtlos an diese Erfordernisse an. Annet Schöller von der Bundesärztekammer nennt institutionelle, strukturelle und gesetzliche Gründe für eine unzureichende Zusammenarbeit, Vernetzung und Kommunikation. Sie zeigt Chancen und Wege zu ihrer Überwindung auf, die sie in regionalen Initiativen sieht.

Einige hoffnungsanstimmende Projekte aus dem Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention werden vorgestellt.

Letztendlich, so Schöller, leben solche Konzepte nur von den Personen, die tatsächlich daran interessiert sind, miteinander zu kooperieren. Sektorengrenzen sollten keine Kommunikationsgrenzen darstellen.

Der allgemeine Teil wird ergänzt durch Beiträge zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zwei Beiträgen, die die Besonderheiten bzw. Unterschiede in Groß- (Joachim Stork Leiter Gesundheitswesen Audi) bzw. KMU-Betrieben (Thomas Weber) bei der Etablierung eines Fall-Managements betreffen.

Verdienstvoll, dass sich auch ein Kapitel mit dem Jugendarbeitsschutz beschäftigt und damit darauf aufmerksam macht, dass die Prävention am besten greift, wenn man damit bereits beim Eintritt ins Erwerbsleben beginnt.

Wünschenswert wäre sicherlich noch ein Beitrag zu den nichtmedizinischen

Kooperationspartnern. Zu nennen sind beispielhaft die Integrationsämter und Integrationsfachdienste, mit denen zumindest in Betrieben in denen eine Schwerbehindertenvertretung fehlt, zu selten Kontakt gepflegt wird. Sie können Betriebe als auch Beschäftigte bei der betrieblichen Integration beraten und vielseitig unterstützen.

Im zweiten und speziellen, Teil des Buches, kommen Experten zu unterschiedlichen Krankheitsbildern zu Wort. Die Themenfelder Diabetes (Rinnert), Muskel-Skelett-Erkrankungen (Spallek), Asthma bronchiale (Nowak), Abhängigkeitserkrankungen (Hupfer) sowie Infektionserkrankungen – Hepatitis / AIDS (Hofmann) werden von Arbeitsmedizinern abgehandelt. Die Beiträge zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Chronische Hauterkrankungen, Kopfschmerz und Migräne, Epilepsie, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen stammen aus der Feder von Kollegen anderer Fachdisziplinen oder im Tandem mit einem Arbeitsmediziner.

Warum die Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege vergessen wurden, bleibt ein Geheimnis des Verlages bzw. der Herausgeber. An anatomischen Wissenslücken wird es nicht gelegen haben. Niereninsuffizienz und vor allem Inkontinenz sind relevante und nicht zum Raritätenkabinett gehörende Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen mit durchaus z. t. heiklen Problemstellungen in der arbeitsmedizinischen Sprechstunde. Schade...

Die meisten Autoren folgen den formalen Gliederungsvorgaben: Epidemiologie, Leistungsprofile, Verhältnisprävention, Therapie, Wiedereingliederung sowie spezielle Aspekte einzelner Berufsgruppen.

Abweichungen geschehen aus zum Teil nachvollziehbaren Gründen, z. B. bei den Infektions- und den Hauterkrankungen. Als eine Orientierungshilfe – so der Untertitel – will sich die Veröffentlichung verstanden wissen und diesem Anspruch wird sie in vielen Beiträgen gerecht. Ein Nachschlagewerk im besten Sinne des Wortes, das dazu einlädt zu einem Problem oder Krankheitsbild

nachzublättern, um die eigene Strategie noch mal zu überprüfen oder als Hilfe, bei einer konkreten Fragestellung, über die man in der betriebsärztlichen Sprechstunde gerade brütet. Meine Empfehlung: Füllen Sie die noch vorhandenen Lücken in ihrem Bücherregal, sie haben damit nicht nur dekorativen Schmuck erworben.

**Tertiärprävention:
Ein Blick in eine
„vermeintliche“ Parallelwelt:
Reha mit Ausrichtung auf die
Besonderheiten des Arbeitsplatzes**

A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, F. M. Radoschewski (Hrsg.):
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 2009, 59,95 €



Die Notwendigkeit eines generellen und intensivierten Arbeitsbezuges im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist seit einigen Jahren in aller Munde. Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung auf der Ebene der Aktivitäten, der Leistung bzw. Leistungsfähigkeit bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe am beruflichen Alltag ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Von einer Rehabilitation, die auf die Besonderheiten (Anforderungen) des Arbeitsplatzes ausgerichtet ist, erhoffen sich alle Beteiligten eine höhere Wirksamkeit beim Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

MBO (Medizinisch-beruflich orientierte) -Rehabilitation ist ausgerichtet am ICF-Modell auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von beruflichen Anforderungen und individueller Leistungsfähigkeit.

Hierzu ist es nötig bereits in der Reha die therapeutische Strategie auf die Stärkung von individuellen Ressourcen mit Blick auf die berufliche Teilhabe auszurichten.

Wie steht es damit in der Praxis, wie lässt sich die Wirksamkeit messen, welche Entwicklungen zeichnen sich ab, wie sieht es mit Anspruch und Wirklichkeit aus?

Die Autoren von *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis* widmen sich dieser Thematik in einer ebenso materialreichen wie anspruchsvollen Art, sowohl von der theoretischen als auch der praktischen Seite.

Der Grundlagen-Teil des Buches hat mit den Herausgebern Radoschewski und Müller-Fahnow (†) (beide Abt. für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Charite) die Handschrift von zwei ausgewiesenen Versorgungsforschern. Es werden epidemiologische, juristische, methodische aber auch fachübergreifende Fragen behandelt. Wie sieht es aus mit der Therapiemotivation, welche pädagogischen Erkenntnisse sollten bei Patientenschulungen oder -trainings berücksichtigt werden?

MBO-Rehabilitation ist stark an einem funktionalen Gesundheitskonzept ausgerichtet, deshalb sind ihm auch mehrere Beiträge im Grundlagenteil gewidmet. Neben der ICF-Klassifikation und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement kommt erfreulicherweise auch die Arbeitsmedizin mit einem eigenen Beitrag zu Wort. Auch das ein Zeichen guten Willens und eines gewandelten sektorenübergreifenden Verständnisses, dass Arbeits- und Reha-Medizin den intensiven und regelmäßigen Dialog und Gedankenaustausch benötigen.

Betriebsärzte erreichen nicht nur generell die arbeitende Bevölkerung – so

Wolfgang Panter, Präsident des VDBW – sondern auch untere soziale Schichten, die für das Thema Rehabilitation eine ganz andere Ansprache benötigen. Hier können Betriebsärzte aufklärend wirken und Motor für Entwicklungen sein.

Beispiele für die Motorfunktion von Betriebsärzten im Bereich der Kooperation mit Reha-Trägern und Reha-Medizin bestehen für Baden-Württemberg (DRV Baden-Württemberg mit dem VDBW), Niedersachsen (Job-Reha), Schleswig-Holstein sowie Nordrhein-Westfalen (WeB-Reha).

Wirklich ärgerlich und unverständlich, dass diese Hoffnungsträger ungenannt bleiben.

Der zweite von Andreas Hillert (Chefarzt Medizinisch Psychosomatische Klinik Roseneck) als Herausgeber betreute Bereich atmet Klinikluft. Hier kommen ausgewiesene Vertreter unterschiedlicher Indikationsbereiche zu Wort – Bewegungsapparat, Kardiologie, Dermatologie, Neurologie, Onkologie Psychosomatik, Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen. Sie folgen meist und zumindest grob einheitlichen Gliederungen und behandeln Epidemiologie, Diagnostik, therapeutische Strategien und ihre Wirksamkeit.

Dabei sind die Sichtweisen und Schwerpunkte von den Autoren durchaus unterschiedlich gewichtet, was durchaus den heterogenen Stand in diesem noch neuen Zweig einer Reha widerspiegelt. Es ist wirklich anregend und lehrreich den Ausführungen der Kliniker zu folgen.

Inhaltlich und von ihrer Systematik besonders überzeugt haben mich dabei die Ausführungen von Bernhard Greitemann (Chefarzt der Reha-Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde) zu den muskuloskelettalen sowie von Andreas Hillert zu den psychosomatischen Gesundheitsstörungen.

Ein besonderes Dankeschön an die Kollegen, die das kardiologische Kapitel verfasst haben: Klärung mit dem Betriebsarzt lautet eine Zwischenüberschrift, in dem sie der Kooperation mit dem Betriebsarzt bei der beruflichen

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

Integration eine große Bedeutung beimessen.

Wörtlich – so die Autoren aus der Klinik Königsfeld der DRV-Westfalen –: „Der Kontakt mit dem Betriebsarzt wird i. d. R. durch den zuständigen Stationsarzt und nur mit schriftlicher Zustimmung des Patienten hergestellt. Der Betriebsarzt besitzt meist konkrete detaillierte Kenntnis über die Anforderungen am Arbeitsplatz des Rehabilitanden. Außerdem kann er meist eine Einschätzung über die innerbetrieblichen Eingliederungsmöglichkeiten abgeben. Im Mittelpunkt des arbeitsmedizinischen Beratungsprozesses stehen die Themen: Arbeitsplatzanpassung, innerbetriebliche Umsetzung, Einsatz von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz sowie Arbeitszeit / Schichtanpassung.“

Da wird einem doch ganz warm ums Herz! □

Dr. med. Hess-Gräfenberg